คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
(Manual for Psychiatric Nursing Care)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
(Manual for Psychiatrie Nursing Care)

วัชนี หัตถาทม
บรรณาธิการ

พิมพ์ครั้งแรก มกราคม 2534
จำนวน 100 เล่ม

จัดพิมพ์โดย
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

รูปเล่มโดย
โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท อ.เมือง จ.ขอนแก่น

คำนิยม

คู่มือการพยาบาลจิตเวชสำหรับพยาบาล นักศึกษา และ ผู้ทำงานช่วยเหลือผู้มีอาการแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ ที่เขียนเป็นภาษาไทย ยังมีการจัดพิมพ์กันน้อย เนื่องจากนักวิชาการทางด้านนี้ของไทยยังมีอยู่จำกัดมาก ฉะนั้นเมื่อฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เสนอขอจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีนางวัชนี หัตถพนม พยาบาลจิตเวช ที่กระตือรือล้นและสนใจทางวิชาการ รับอาสาจะช่วยเขียน และประสานงานกับนักวิชาการอื่น ๆ ทั้งใน และนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ผมจึงยินดี และให้การสนับสนุน และเมื่อได้เห็นผลงานที่ออกมาก็บอกได้เลยว่าไม่ผิดหวัง คู่มือนี้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมปัญหา ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชจะต้องพบอยู่ค่อนข้างจะครบถ้วน จะทำให้ผู้ศึกษาคู่มือนี้เข้าใจปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นได้ดีขึ้น พร้อมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม หวังว่าจะมีการใช้คู่มือนี้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

นายแพทย์ธนู ชาติธนานนท์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

คำนำ

คู่มือเล่มนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยผู้ที่มาฝึกปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้ใช้ประกอบการศึกษา ค้นคว้า และนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช คู่มือเล่มนี้ได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี ทั้งทางด้านจิตเวชศาสตร์ จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ และการพยาบาลจิตเวช โดยทางฝ่ายการพยาบาล ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่ง จากบุคลากรทางจิตเวช เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และอาจารย์จากภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งท่านเหล่านี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความชำนาญเฉพาะทางในเรื่องที่ท่านรับผิดชอบเขียนในแต่ละเรื่องเป็นอย่างดี นอกจากนี้รายละเอียดในบางเรื่องยังมีตัวอย่างประกอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น สจึงเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์ไม่เฉพาะแต่ผู้ฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น แต่ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในงานจิตเวชโดยทั่ว ๆ ไปด้วย

เนื่องจากเป็นการรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี จากท่านผู้รู้ หลาย ๆ วิชาชีพ เป็นครั้งแรก อาจจะพบข้อบกพร่องอยู่บ้าง ทางฝ่ายการพยาบาลขอน้อมรับข้อบกพร่องอันอาจจะเกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้นในครั้งต่อไป

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธนู ชาติธำนนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และนางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่งรวมทั้งอนุญาตให้มีการจัดพิมพ์คู่มือเล่มนี้ขึ้น ขอขอบคุณ รศ.รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และ ผศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ อาจารย์จากภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยในการเขียนและตรวจแก้ไขต้นฉบับ โดยเฉพาะในตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยรายบุคคล ขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านทั้งที่อ้างถึงแล้ว และไม่ได้อ้างถึง ที่ช่วยให้คู่มือเล่มนี้สำเร็จขึ้นมาได้ดังที่เห็นอยู่นี้

ข้อบกพร่องใด ๆ ที่พบภายในเล่ม คณะผู้จัดทำขอรับผิดชอบทั้งสิ้น

ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
มกราคม 2534

สารบัญ

หน้า

คำนิยม ก
คำนำ ข

การรักษาด้วยยาทางจิตเวช นพ.ทวี ตั้งเสรี 1

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา วัชนี หัตถพนม

ความหมาย 5
ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา 8
การปฏิสัมพันธ์ 12
ข้อปฏิบัติในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 12
เทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัดรักษา 13
เทคนิคในการสนทนาที่ไม่ใช่การบำบัดรักษา 20
ตัวอย่างการบันทึกปฏิสัมพันธ์ 23
ตัวอย่างการใช้กลไกทางจิตของผู้ป่วยทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ๆ 45
ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาล ผศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ 47

กระบวนการให้ความช่วยเหลือ ผศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ

แนวคิด 52
ขั้นตอนในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ 52

พยาบาลกับการทำกลุ่ม ผศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ
วัชนี หัตถพนม

ชนิดของกลุ่มบำบัด 56
บทบาทของผู้นำกลุ่ม 56
กระบวนการของกลุ่ม 57
ปัญหากลุ่มและการแก้ไข 59
กิจกรรมกลุ่มบำบัด 61
กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ 62
กลุ่มอ่านหนังสือ 63

หน้า

กลุ่มสอนหนังสือ 64
กลุ่มศิลปะและดนตรี 64
กลุ่มประชุมสมาชิกภายในตึก 66
กลุ่มเตรียมความรู้ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 67
นันทนาการบำบัด 68

เทคนิคการทำกลุ่มจิตบำบัด ธนิต โตตมะ

ความหมาย 70
วิธีการรักษา 70
จุดอ่อนหรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจิตเวช 71
วิธีการสร้างบรรยากาศในการรักษาที่ดี 72
เทคนิคที่ใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด 73
ปัจจัยต่าง ๆ ที่ผู้รักษาต้องคำนึงถึง 79

กลุ่มละคร คมชาย สุขยิ่ง 89

การปรับพฤติกรรม บังอร ศรีเนตรพัฒน์

ความหมาย 94
การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม 95
การเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรม 96
การเสริมแรง 96
ขั้นตอนการปรับพฤติกรรม 98
ตัวอย่างการเขียนโปรแกรมการปรับพฤติกรรมตนเอง 99

Electroconvulsive Therapy (E.C.T.) ธีราพร มณีนาถ

ความเป็นมา 113
ทฤษฎีของการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า 113
เครื่องมือที่ใช้ 114

หน้า

วิธีการทำ E.C.T. 117
ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วย E.C.T. 118
อาการแสดงของผู้ป่วยขณะทำ E.C.T. 121
การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ E.C.T. 122
การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วย E.C.T. 123

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน ศุจิรา เวทย์วีระพงษ์

ความหมาย 127
การประเมินความเร่งด่วน 127
การตรวจสภาพจิตที่พยาบาลควรทราบในภาวะจิตเวชฉุกเฉิน 128
ปัญหาทางจิตที่จัดว่าจะต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินและการรักษาพยาบาล 129

แนะนำผู้เขียน

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี

การศึกษา แพทย์ศาสตร์บัณฑิต คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์จากโรงพยาบาลสมเด็จ-
เจ้าพระยา กรุงเทพ.

ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 6 หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

นายธนิต โคตมะ

การศึกษา สส.บ. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ประกาศนียบัตรกรมการแพทย์ หลักสูตรนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

ตำแหน่งปัจจุบัน นักสังคมสงเคราะห์ 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

นายคมชาย สุขยิ่ง

การศึกษา วท.บ. (จิตวิทยาคลินิค) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตำแหน่งปัจจุบัน นักจิตวิทยา 4 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ

การศึกษา M.N. (Mental Health and Psychiatric Nursing)
ประกาศนียบัตร วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ธีราพร มณีนาถ

การศึกษา ประกาศนียบัตร พยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัย วิทยาลัยพยาบาล
นครราชสีมา
ประกาศนียบัตร สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกผู้ป่วยในงานแรกรับบำบัด (ตึกบุษบง)

บังอร ศรีเนตรพัฒน์

การศึกษา ศิลปศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
ประกาศนียบัตรหลักสูตรการปรับและเปลี่ยนพฤติกรรม

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกผู้ป่วยในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (ตึกโนรี)

รุจิรา เวทย์วีระพงษ์

การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
ประกาศนียบัตรสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 5 งานแรกรับบำบัดชาย (ตึกชงโค 1)

วัชนี หัตถพนม (บรรณาธิการ)

การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
ประกาศนียบัตรสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกผู้ป่วยในงานเร่งรัดบำบัดชาย
(ตึกชงโค 2)

.....

การรักษาด้วยยาทางจิตเวช

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี

ยาทางจิตเวชมีอยู่หลายกลุ่ม แต่ที่ใช้กันมากและควรรู้จักมีอยู่ 6 กลุ่ม คือ

1. ยารักษาโรคจิต (Neuroleptics หรือ major tranquilizers หรือ Antipsychotics)
2. ยารักษาโรคซึมเศร้า หรือรักษาอารมณ์เศร้า (Antidepressants)
3. ยาคลายกังวล (Antianxiety)
4. ยาลิเธี่ยม (Lithium)
5. ยา Antiparkinson
6. ยานอนหลับ (Hypnotics)

<u>ยารักษาโรคจิต</u>

ยารักษาโรคจิตใช้รักษาโรคจิตทุกชนิด เช่น โรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง ฯลฯ

ยารักษาโรคจิตแก้อาการหลงผิด ประสาทหลอนได้ดี นอกจากนี้ยังช่วยแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น ทำให้อารมณ์สงบลง ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น และช่วยให้นอนหลับ

แต่สำหรับอาการแยกตัวเอง อารมณ์เฉยชา นั้น การใช้ยารักษาโรคจิตได้ผลน้อยกว่า

ยารักษาโรคจิตมีหลายชนิด เช่น

1. Chlorpromazine (cpz)
2. Thioridazine (Melleril)
3. Trifluoperazine (Triflazine, psyrazine)
4. Perphenazine
5. Haloperidol

นอกจากนี้ยังมีชนิดยาฉีดออกฤทธิ์นาน คืออยู่นาน 2 - 4 สัปดาห์ ตัวอย่างยา เช่น

1. Fluphenazine decanoate (Modecate, Fendec, Phenazine)
2. Fluanxol depot
3. Haloperidol
4. ยากินออกฤทธิ์นาน เช่น Semap ออกฤทธิ์นาน 1 สัปดาห์

ยาที่มีคุณสมบัติรักษาโรคจิตสูง (ใช้ยาขนาดต่ำ ก็ได้ผล) คือ Haloperidol, Triflazine, Perphenazine, Fendec, Fluanxol depot, Hadol decanoas, Semap เป็นต้น ยากลุ่มนี้ แม้จะมีคุณสมบัติรักษาโรคจิตสูง แต่ฤทธิ์ข้างเคียงชนิด EPS จะมาก

ยาที่มีคุณสมบัติรักษาโรคจิตต่ำ (ต้องใช้ยาขนาดสูงจึงจะได้ผลในการรักษา) คือ Chlorpromazine, Thioridazine เป็นต้น

ยากลุ่มนี้ต้องใช้ยาในขนาดสูงจึงจะได้ผลในการรักษา จึงทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง คือ ง่วงนอน หน้ามืด ใจสั่น คอแห้ง แต่ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงชนิด EPS ต่ำกว่า

ผลการรักษา

1. ลดความผิดปกติของความคิด ใช้เวลา 2 - 4 สัปดาห์ ขึ้นไป
2. ความร่วมมือในการใช้ยา ใช้เวลา 1 - 5 วัน
3. การสังคม ใช้เวลา 2 - 60 วัน

ฉนั้น มีข้อแนะนำว่า ไม่ควรเปลี่ยนยาเร็วจนเกินไป ควรรอผลการรักษาประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ก่อน

ฤทธิ์ข้างเคียง

1. EPS (Extrapyramidal Symtoms) มีอาการได้หลายอย่าง เช่น มือสั่น เดินช้า ไม่แกว่งแขน ใบหน้าเฉยชา บางรายมีอาการกระวนกระวาย (คล้ายกับว่าอาการทางจิตรุนแรงกว่าเดิม) ในผู้ป่วยบางรายมีการบิดเกร็งของกล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ เช่น คอบิด ตาเหลือก เป็นต้น

อาการ EPS มักเกิดในระยะแรกที่เริ่มต้นให้ยารักษาโรคจิต แต่กรณีที่ให้ยารักษาโรคจิตไปนาน ๆ โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการ EPS มีเพียง 30 % เท่านั้น

ในกรณี EPS รุนแรง การฉีดยา Cogentin หรือ Akineton เข้ากล้าม จะลดความรุนแรงของอาการ EPS ได้มาก (โดยเฉพาะอาการเกร็งของทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจหอบ หายใจไม่ออก การฉีด Cogentin ถือว่าจำเป็น เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย)

2. อาการของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น หน้ามืดเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ตาพร่า คอแห้ง ฯลฯ อาการเหล่านี้เมื่อลดขนาดยารักษาโรคจิต อาการจะทุเลา
3. ดีซ่าน เมื่อหยุดยาอาการจะดีขึ้น
4. ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ เช่น อ้วน น้ำนมหลั่ง
5. ลดการสร้างเม็ดเลือดขาว อาการสำคัญคือไข้สูง

ระยะเวลาให้ยา

- ในรายที่มีอาการครั้งแรก และเป็นเฉียบพลัน ควรให้ยานาน 9 เดือน ถึง 1 ปี
- ในรายที่มีอาการมากกว่าหนึ่งครั้ง ควรให้ยาระยะยาว แต่ให้ยาในขนาดน้อยที่สุดเท่าที่ยาจะสามารถคุมอาการทางจิตได้

ยาต้านเศร้า (Antidepressants)

ใช้รักษาอารมณ์เศร้าได้ดี นอกจากนี้ยังใช้รักษาโรคทางจิตเวชเด็กบางอย่างได้ดี เช่น ปัสสาวะรดที่นอน เด็กไม่ยอมไปโรงเรียน

ตัวอย่างยาต้านเศร้า เช่น Amitriptyrine, Imipramine (Tofranil หรือ minapine), Nortriptyrine (Nortrilen), Istonil, Tolvon ฯลฯ

ยาที่นิยมใช้ คือ amitriptyrine ขนาดยาที่ได้ผลในการรักษานั้นอย่างต่ำต้องให้ 75 mg. ต่อวัน ขนาดต่ำกว่านี้มีฤทธิ์คลายกังวล

ฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญ คือ คอแห้ง ใจสั่น ตาพร่า ลำไส้เคลื่อนไหวช้า ทำให้ท้องผูก ความดันต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ ถ้ากินขนาดมาก ๆ อาจทำให้ตายได้

ยาต้านเศร้าออกฤทธิ์ช้า (ประมาณ 2 สัปดาห์ขึ้นไป) ในรายที่อาการเศร้ารุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง อาจต้องพิจารณาการรักษาอื่นร่วมด้วย เช่น E.C.T.

ยาคลายกังวล (Antianxiety)

ยาคลายกังวลในกลุ่ม Benzodiazepine มีฤทธิ์คลายกังวล, แก้ชัก, คลายกล้ามเนื้อ, ทำให้หลับ แต่มีข้อเสียคือบางรายเกิดความจำเสื่อมได้

ตัวอย่างยา เช่น Diazepam, Chlodiazepoxide, Clorazepate (Tranxene) Medazepam (Medazine หรือ Nolriene)

ยาคลายกังวล แม้มีฤทธิ์ลดความกังวลได้ดี แต่ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจัดให้อยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 4

ยาคลายกังวลมีฤทธิ์ข้างเคียงหลายอย่าง เช่น ง่วง แต่ถ้ามีอาการประสาทหลอน หายใจช้า, หมดสติ, การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น เดินเซ, ความดันเลือดต่ำอย่างมาก ควรหยุดยาทันที

ลิเธี่ยม

ใช้รักษาและป้องกันโรคจิตทางอารมณ์ เช่น เมเนีย โรคซึมเศร้า บางครั้งแพทย์นำลิเธี่ยมมาใช้รักษาโรคจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตไม่ได้ผล

ขนาดยา 900 - 1500 มก./วัน

ควรเจาะเลือดหาขนาดยาในเลือดระยะแรกทุกสัปดาห์ เมื่อปรับขนาดยาได้และผู้ป่วยอาการดีสามารถเจาะห่างเป็นทุก 1 - 2 เดือนได้

ระดับยาในเลือดที่ดีคือ 0.7 - 1.3 mEq. ถ้าเกินกว่านี้จะเกิดฤทธิ์ข้างเคียง ถ้าเกิน 2 อาจมีอันตรายถึงชีวิต ควรหยุดยาทันที และให้ผู้ป่วยกินอาหารรสเค็มมาก ๆ

ฤทธิ์ข้างเคียงของลิเธี่ยมที่ยังไม่อันตราย เช่น คลื่นไส้ สั่น กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ฤทธิ์ข้างเคียงที่ควรลดขนาดยา เช่น ท้องเสีย ปวดท้องมาก

ฤทธิ์ข้างเคียงที่อันตราย ควรหยุดยาทันที เช่น งุนงง กล้ามเนื้อกระตุก พูดไม่ชัด ชัก เดินเซ หมดสติ ถ้ายังไม่หยุดยาอาจถึงตาย

ยา Antiparkinson (เฉพาะ Benzhexol)

ยากลุ่มนี้ที่ใช้คู่กับยารักษาโรคจิตเพื่อรักษาและป้องกันอาการ EPS ในผู้ป่วยที่เริ่มกินยารักษาโรคจิตควรให้ควบกัน ในผู้ป่วยที่กินยารักษาโรคจิตมานานไม่จำเป็นต้องให้ควบคู่ เพราะโอกาสเกิด EPS มีประมาณ 30 % เท่านั้น

ยากลุ่มนี้เสพติดได้ ผู้ป่วยมักมีปัญหากินแต่ Benzhexol แต่ไม่กินยารักษาโรคจิตอยู่เสมอ เพราะกิน Benz แล้วสบายใจ

ยากลุ่มนี้ถ้าให้ขนาดสูงควบกับยารักษาโรคจิต หรือยาต้านเศร้าอาจเกิดอาการโรคจิตชนิด OBS ได้ หรืออาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออกในรายที่รุนแรงอาจถึงตาย

ยานอนหลับ

ยานอนหลับที่นิยมใช้ปัจจุบันคือ ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Nitrazepam, Flurazepam (dalmadom), Temazepam (Restoril หรือ euhypnos)

ยานอนหลับในกลุ่ม Barbiturate ใช้น้อยเพราะเสพติดง่าย ถ้าใช้ควรใช้ระยะสั้น ๆ เช่น AMA ยาบางตัว เช่น seconal ควรเลิกใช้เพราะฤทธิ์เสพติดสูงมาก ๆ

ยานอนหลับทุกชนิดควรใช้เมื่อจำเป็นเท่านั้น

.....

บรรณานุกรม

Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Organic therapies. In : Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry. 4 th ed. Baltimore : Williams & Wilkins Co., 1985 : 632 - 687.

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

วัชนี หัตถพนม

โดยปกติทั่วไปแล้วทุกคนจะอยู่เพียงคนเดียวในสังคมโดยไม่มีการสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ไม่ได้ ทั้งนี้เพราะมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องมีการติดต่อสื่อสารกันทั้งทางด้านคำพูด และพฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในสังคม อันก่อให้เกิดผลดีในแง่ความรู้สึกเป็นกันเอง รักใคร่ปรองดอง ให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกัน อาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล หรือบุคคลต่อกลุ่ม หรือกลุ่มต่อกลุ่มก็ได้

คำว่า สัมพันธภาพ (relationship) มีความหมายถึงการที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคนทำความรู้จักกัน และติดต่อเกี่ยวข้องกันโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจเป็น เดือน เป็นปี หลาย ๆ ปี หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและลักษณะของสัมพันธภาพ (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522)

สัมพันธภาพของบุคคลในสังคมทั่ว ๆ ไปโดยปกติสามารถจำแนกได้กว้าง ๆ มีทั้งหมด 2 แบบด้วยกันคือ

1. สัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationship) เป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในสังคมที่ต้องมีปฏิกริยาสัมพันธ์ต่อกันระหว่างบุคคล 2 คน หรือมากกว่า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความเพลิดเพลิน หรือเพื่อความเป็นเพื่อนเท่านั้น สัมพันธภาพจะสิ้นสุดหรือดำเนินต่อไป ขึ้นอยู่กับความต้องการของทั้งสองฝ่าย ทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคลด้วย

2. สัมพันธภาพทางวิชาชีพ (Professional Relationship) เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ปฏิบัติวิชาชีพ กับผู้รับบริการ มีจุดประสงค์และเวลาที่แน่นอน มุ่งเฉพาะการให้ (การให้บริการการช่วยเหลือ) แต่ไม่มุ่งเรื่องของการตอบแทนมีการให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของบุคคลที่มีปัญหา โดยบุคคลที่มีความรู้และความชำนาญเฉพาะเรื่อง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้ให้บริการในหน่วยราชการกับผู้มาขอรับบริการ หรือระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วย เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้างานชงโค 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ความหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

ฮอฟลิ่ง ลินิงเจอร์ และเบรกก์ (Hofling, Leininger and Bregg,1967) ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยว่า หมายถึง การที่บุคคลสองคน บุคคลหนึ่งเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ (พยาบาล) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะช่วยบรรเทาความไม่สบายต่าง ๆ ของผู้อื่นและอีกคนหนึ่ง (ผู้ป่วย) ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการแสวงหาความผ่อนคลายจากสภาพที่เป็นอยู่ ได้มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยพยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพให้เป็นประโยชน์สำหรับช่วยให้ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ดี และช่วยให้เกิดความเข้าใจความเกี่ยวข้อง และการยอมรับนับถือซึ่งกันและกันด้วย

สจ๊วต และซันดีน (จินตนา ยูนิพันธ์ อ้างถึง Stuart and Sundeen, 2529) กล่าวถึงสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดี มีความพึงพอใจและลดปัญหาทางอารมณ์ที่มีอยู่

เกรกก์ (Gregg, 1963) กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนี้เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากพยาบาลหนึ่งคนติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหนึ่งคน ชั่วระยะเวลาหนึ่งตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยต้องมีการพบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ ความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อการรักษาเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และเป็นการให้ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้โอกาส และจัดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยทดลองพฤติกรรมใหม่ ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้นั้น อีกทั้งยังช่วยให้เกิดวุฒิภาวะด้วย (ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2531)

จากแนวคิดหลาย ๆ แนวคิด พอจะสรุปได้ว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทา หรือช่วยเหลือความไม่สบายต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ตามความจำเป็นที่มาจากตัวผู้ป่วยและมีการพบกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ ความคิด พฤติกรรมและประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เหมาะสมขึ้น และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาจึงมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างไปจากลักษณะสัมพันธภาพในสังคมทั่วไป คือ

1. Goal directed เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีจุดประสงค์เฉพาะ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

2. Helping เป็นสัมพันธภาพที่พยาบาลมุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นสำคัญ คือจะเป็นเพียงผู้ให้ แต่ไม่เป็นผู้รับ และไม่หวังผลตอบแทน

3. Process dynamic เป็นขบวนการที่มีขั้นตอน มีการประเมินผลเป็นระยะ หากสัมพันธภาพดำเนินไปไม่ดี หรือไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ พยาบาลจะต้องปรับปรุงรูปแบบของการสร้างสัมพันธภาพเสียใหม่

4. Action - oriented ในการสร้างสัมพันธภาพ จะนำปฏิกิริยาของผู้ป่วยมาเป็นแนววิเคราะห์ เพื่อช่วยเสริมสร้างและพัฒนาความสามารถในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

5. Satisfaction gain ความพอใจของพยาบาล อยู่ที่ว่าผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาบุคลิกภาพและความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และกลับเข้าสู่สังคมได้

6. Terminated relationship เป็นสัมพันธภาพที่มีการเริ่มต้นและมีการสิ้นสุดระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาเมื่อจำเป็นเท่านั้น

จากลักษณะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลต้องใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือในการรักษา และใช้ทักษะเฉพาะทางเป็นพิเศษ ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลสาขาอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย และจินตนา ลี้ละไกรวรรณ (2531) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดังนี้

1. ให้รู้จักตัวเองอย่างแท้จริง ยอมรับตัวเอง และเพิ่มการนับถือตนเองมากขึ้น

2. ยอมรับเอกลักษณ์ของบุคคล และส่งเสริมให้มีบุคลิกภาพที่ดีขึ้น

3. พัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิด รู้จักพึ่งพาผู้อื่นบ้าง มีความสามารถที่จะให้ความรักแก่ผู้อื่น และรับความรักจากผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

4. ส่งเสริมให้รู้จักการใช้วิธีการที่จะสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม และประสบความสำเร็จ

เกรกก์ (Gregg, 1963) ได้แยกแยะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยออกเป็น 3 แบบตามลักษณะของสัมพันธภาพ คือ

1. พยาบาลหนึ่งคนติดต่อกับผู้ป่วยหนึ่งคน (Therapeutic role in individual patient care) คือการที่พยาบาลหนึ่งคนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหนึ่งคน ในระยะเวลาหนึ่งตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

2. พยาบาลหนึ่งคนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (Therapeutic nursing roles with groups) พยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อการบำบัดรักษาเป็นกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้ป่วยใน (Community meeting หรือ Family therapy ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้และความชำนาญด้านคลีนิคเป็นอย่างดี

3. พยาบาลพบกับผู้ป่วยโดยไม่มีการวางแผน (Therapeutic nursing role in Unstructured contacts with patients) คือการที่พยาบาลพบปะกับผู้ป่วยโดยไม่มีโครงสร้างแน่นอน เช่น การทักทายผู้ป่วยประจำวันในตึก หรือเมื่อพบผู้ป่วยในชุมชน

<u>ขั้นตอนของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา</u>

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาเป็นขั้นตอนที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการช่วยเหลือ โดยทั่ว ๆ ไปจะมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นทำงาน และขั้นสิ้นสุด แต่อย่างไรก็ตามก่อนที่พยาบาลจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน ระยะนี้จึงเรียกได้ว่าเป็นขั้นเตรียมการ ดังมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (Preinteraction Phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นก่อนที่พยาบาลจะพบผู้ป่วย งานเฉพาะของระยะนี้คือ พยาบาลจะต้องศึกษาตัวเองเสียก่อน (Self exploration) โดยการวิเคราะห์ถึงความรู้สึกของตนเอง พยาบาลอาจมีความคิดที่ผิด ๆ และมีอคติต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้สึกกลัวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะพยาบาลใหม่ หรือผู้ฝึกงานใหม่ ๆ ความรู้สึกไม่มั่นใจลังเลใจกลัวจะพูดอะไรผิดหลักการ ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, 2531) สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ในตัวพยาบาล ซึ่งพยาบาลควรหมั่นสำรวจตนเองเพื่อหาจุดบกพร่องปรับปรุงแก้ไขหรืออาจขอคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ก็ได้

งานที่พยาบาลควรเตรียมการอีกประการหนึ่งคือ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยจากทุกแหล่งเท่าที่เป็นไปได้ เช่น จากประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติทางการรักษาพยาบาล รวมทั้งการฟังรายงานการส่งเวรจากเจ้าหน้าที่ภายในตึก และจากการสนทนากับเจ้าหน้าที่ภายในตึกเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย

งานสำคัญประการสุดท้ายในระยะเตรียมการคือ การวางแผนสำหรับการพบกันครั้งแรกโดยการที่พยาบาลจะเป็นผู้ที่ทำความตกลงร่วมกับผู้ป่วยว่า การพบกันเพื่อสนทนาครั้งแรกจะพบกันที่ไหนอย่างไร (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

2. ระยะเริ่มต้น (Orientation Phase) เป็นระยะที่พยาบาลพบกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรกเพื่อทำความรู้จักและศึกษาซึ่งกันและกันพยาบาลศึกษาผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยก็จะศึกษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และเชื่อใจว่าพยาบาลจะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และมีความจริงใจในการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ลิวอีส (Lewis, 1973) ได้กล่าวว่า ความไว้วางใจเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญในการมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของพยาบาลและผู้ป่วย อะไรคือเกณฑ์ของความไว้วางใจ ? ความไว้วางใจคือการที่เราไว้ใจใครคนใดคนหนึ่งโดยไม่ต้องถาม โรสสิเตอร์ และเพียซ์ (Rossiter and Pearce, 1975) กล่าวว่า ความไว้วางใจเป็นการแสดงถึงความมั่นใจ ไว้วางใจ และเชื่อใจในสัมพันธภาพที่มีต่อกัน อันเป็นลักษณะที่จำเป็นยิ่งอย่างหนึ่ง ความไว้วางใจพัฒนามาจากการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน ด้วยความเปิดเผย ซื่อสัตย์ และตรงต่อเวลา

เมื่อเริ่มติดต่อกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก พยาบาลจะต้องบอก ชื่อ นามสกุล ตำแหน่งให้ผู้ป่วยทราบ รวมทั้งวัตถุประสงค์ในการพบปะกัน ระยะเวลา สถานที่ และจะพบกันบ่อยแค่ไหน ทั้งนี้พยาบาลควรถามความเห็นของผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อถามความพร้อมของผู้ป่วยว่าพร้อมจะพบพยาบาลได้เมื่อไร เวลาใด และที่ไหน

ในระยะแรกของการสร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยอาจจะทดสอบพยาบาลว่ามีความจริงใจและสนใจผู้ป่วยแค่ไหน จนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และยอมรับในตัวพยาบาล ความไว้วางใจจึงจะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะพัฒนาสัมพันธภาพในระยะต่อไป ฉะนั้นพยาบาลไม่ควรพูดเท็จกับผู้ป่วย เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รักษาเวลาที่นัดหมายกับผู้ป่วยโดยมาตามนัดทุกครั้ง รับฟังปัญหาผู้ป่วยด้วยความตั้งใจไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย ไม่แสดงความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเห็น ไม่ตัดสินพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยว่าถูกหรือผิด แต่พยายามหาสาเหตุของพฤติกรรมนั้น

สำหรับจำนวนครั้งในการพบปะกันในระยะเริ่มต้นนี้จะมีจำนวนมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับการวางแผนของการสนทนาจุดมุ่งหมาย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาล แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือ การส่งเกตของพยาบาลจากพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยว่ามีความไว้วางใจในตัวพยาบาลแล้วหรือยัง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการก้าวไปสู่ระยะที่ 3 ต่อไป

3. ระยะทำงาน หรือ ระยะแก้ไขปัญหา (Working Phase) ระยะนั้นพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมกันค้นหาปัญหา หรือหาสาเหตุของความเครียด หรือความไม่สบายใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้จักตนเอง (Insight) นอกจากนี้การค้นหาปัญหาในระยะนี้ พยาบาลจะได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสนทนา มาวิเคราะห์ เพื่อให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และนำไปปฏิบัติรวมทั้งมีการประเมินผลความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ อีกด้วย

ปัญหาที่พยาบาลอาจพบในระยะนี้ คือ การมองไม่เป็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่มองเห็นปัญหาตามที่ผู้ป่วยบอก และวินิจฉัยปัญหาจริง ๆ ไม่ออก การขจัดปัญหาดังกล่าวให้หมดไปคือ การให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง การสนทนาควรให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อน เพื่อดูว่าผู้ป่วยวิตก-กังวลเรื่องอะไรอยู่ในใจ หน้าที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้คือ การฟังอย่างตั้งใจ การซักถาม การช่วยผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือความในใจออกมาให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ การให้กำลังใจช่วยประคับประคองจิตใจและช่วยแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน

ฉะนั้นสิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของระยะนี้ คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่แนะแนวทางที่เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันคิดค้น เพื่อหาแนวทางหรือเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาแบบใหม่ด้วยตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยลองใช้วิธีการแก้ปัญหาใหม่ถ้ามีโอกาสประการสำคัญคือ การพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination Phase) เมื่อผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ก็ไม่มีความจำเป็นต้องอาศัยพยาบาลอีกต่อไป อีกประการหนึ่งคือสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการสิ้นสุด ทั้งนี้เพราะปัญหาต่าง ๆ ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขแล้ว พยาบาลไม่ต้องพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกต่อไป แต่ยังมีการพบปะประจำกันกับผู้ป่วยภายในตึกเช่นเดิม การสิ้นสุดสัมพันธภาพอาจมีสาเหตุหลายประการเช่น ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้น เข้าใจตนเองและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีแล้วผู้ป่วยเตรียมกลับบ้าน ผู้ป่วยย้ายสถานที่รักษา พยาบาลย้ายจากไป เป็นต้น

หน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติในระยะนี้ โดยสรุปคือ

1. ประเมินผลการรักษา และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา

2. สนับสนุนให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลที่จะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพราะการสร้างสัมพันธภาพในรูปของการรักษา เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รู้จักพึ่งพาผู้อื่นในโอกาสที่จำเป็น ช่วยผู้ป่วยให้มีความไว้วางใจบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเขา เช่น บิดา มารดา คู่สมรส นายจ้าง เพื่อน เป็นต้น

3. ร่วมกับผู้ป่วยในการยุติการรักษา โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการสิ้นสุดของสัมพันธภาพได้

ระยะสุดท้ายของสัมพันธภาพเป็นระยะที่สำคัญไม่น้อย เพราะเป็นการจากกันไปถึงแม้ว่าไม่ได้เป็นการจากกันตลอดชีวิต แต่การที่บุคคลที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ไว้วางใจได้ กำลังจะจากไป ก็ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียได้เช่นกัน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญโลกโดยลำพังคนเดียว แต่ถ้าผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นได้ก็คงไม่มีปัญหาอะไร แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยยอมรับไม่ได้ก็จะเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ต่อการยุติสัมพันธภาพ เช่น การปฏิเสธที่จะให้มีการสิ้นสุดสัมพันธภาพ แสดงอาการโกรธ หรือไม่เป็นมิตรทั้งคำพูดและท่าทาง เพื่อแสดงให้พยาบาลทราบว่าผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจต่อการจากไปของพยาบาล แสดงอาการเศร้าโศกเสียใจต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กลับมีอาการทางกายต่าง ๆ เพิ่มขึ้นทั้ง ๆ ที่อาการเหล่านี้หายไปนานแล้ว เกิดความละอายหรือความรู้สึกผิดบาป เพราะคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้พยาบาลต้องจากไปเนื่องจากได้ทำอะไรให้พยาบาลโกรธใน Session เก่า ๆ ของการสนทนา หรือมีพฤติกรรมแปรปรวนมากขึ้น โดยอาจจะควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปฏิกิริยาจากการสิ้นสุดสัมพันธภาพทั้งสิ้น พยาบาลต้องหมั่นสังเกตและหาสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาเหล่านี้ให้ได้เพื่อช่วยเหลือแก้ไขผู้ป่วยได้ถูกต้อง

การป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว อาจกระทำได้โดยบอกผู้ป่วยให้รู้ว่าจะมีการยุติและสิ้นสุดของสัมพันธภาพโดยบอกผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มติดต่อในวันแรกว่าสัมพันธภาพจะใช้เวลานานเท่าใด เช่น "จะพบคุณเป็นเวลา 8 สัปดาห์" และต่อมาเมื่อจวนจะถึงระยะเวลาที่กำหนดไว้ พยาบาลจะต้องเตือนผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ว่า เหลือเวลาอีกประมาณกี่สัปดาห์จะยุติสัมพันธภาพ (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522) หรือพยาบาลอาจจะกระทำได้ด้วยการลดจำนวนครั้งที่พบปะผู้ป่วยให้น้อยลง ไม่เข้าร่วมประชุมด้วยในบางโอกาส หรืออาจเปลี่ยนสถานที่ในการพบปะกัน ทั้งนี้พยาบาลจะต้องบอกถึงเหตุผลที่ตนเองกระทำด้วยว่าสิ่งที่กระทำลงไปนั้นไม่ใช่เป็นการทอดทิ้งผู้ป่วย แต่จะเป็นผลดีกับผู้ป่วยในการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (จินตนา ลี้ละไกรวรรณ, 2531)

ในการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยนักศึกษามักได้ยินคำว่า การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) บ่อย ๆ ตามความเข้าใจของผู้เขียนแล้ว การปฏิสัมพันธ์มีความหมายเช่นเดียวกับการสร้างสัมพันธภาพนั่นเอง ในที่นี้จะกล่าวถึงความหมายของการปฏิสัมพันธ์ และข้อปฏิบัติในการปฏิสัมพันธ์ พอสังเขป

<u>การปฏิสัมพันธ์</u> (Interaction)

หมายถึง ส่วนของพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ตอบสนองซึ่งกันและกัน ทั้งคำพูดและกริยา ท่าทาง การกระทำ ลักษณะของการปฏิสัมพันธ์ประกอบด้วย (ลักขณา ธรรมไพโรจน์, 2532)

1. พฤติกรรมระหว่างบุคคลจะเป็นไปตามลำดับก่อนหลัง หมายความว่า เมื่อบุคคลมีการสื่อสารสัมพันธ์กัน พฤติกรรมของบุคคลหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นคำพูด การกระทำ กริยาท่าทางและการแสดงออกทางสีหน้าก็ตาม ย่อมส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางพฤติกรรม จากบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งเสมอ

2. การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน เช่นการโต้ตอบการสนทนา เป็นต้น

<u>ข้อปฏิบัติในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย</u> มีขั้นตอนดังนี้

1. พยาบาลกล่าวคำทักทายผู้ป่วย บอกจุดประสงค์ในการสนทนาให้ผู้ป่วยทราบนัดหมายวันเวลา สถานที่ และระยะเวลาที่จะมีการปฏิสัมพันธ์ ซักถามความรู้สึกความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วย เป็นระยะที่พยาบาลต้องนำเทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัดมาใช้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อได้ทราบถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

2. ประเมินเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้สนทนากับผู้ป่วยมีอะไรบ้าง และประเมินตามวัตถุประสงค์ของการสนทนาว่าได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ นอกจากนี้ในการสนทนาแต่ละครั้งควรแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

2.1 ทักทาย หรือพูดคุยเรื่องราวทั่ว ๆ ไป

2.2 สนทนาตามเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ที่เราวางไว้ว่าต้องการทราบเรื่องอะไรจากผู้ป่วย หรือต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องอะไร

2.3 สรุปเนื้อหาที่เราสนทนาในวันนี้ว่ามีเรื่องอะไรบ้าง รวมทั้งนัดหมายการสนทนาครั้งต่อไป

3. แยกปัญหาของผู้ป่วย และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

4. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้รับจากผู้ป่วยโดยการ ปฏิสัมพันธ์ซ้ำอีก เพื่อหาข้อมูลเป็นหลักฐานเพิ่มขึ้น อันจะเป็นแนวทางในการนำไปวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น จากประวัติทางการพยาบาลประวัติครอบครัวและสังคม จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย จากบุคลากรทางการพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

5. นำข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นมาประเมินและวิเคราะห์ โดยอาศัยหลักการจากทฤษฎี แนวคิดหรือประสบการณ์ และหาข้อสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอันเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกต้องต่อไป

6. ช่วยผู้ป่วยให้สำรวจตนเองในสิ่งที่อาจทำให้เกิดปัญหา ความต้องการและความรู้สึกต่าง ๆ และนำมาวางแผนช่วยเหลือร่วมกัน

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

8. พยาบาลและผู้ป่วยประเมินผลร่วมกัน ถ้าผลที่ได้เป็นไปในทางบวกแผนการพยาบาลที่วางไว้ควรดำเนินต่อไป แต่ถ้าเป็นไปในทางลบพยาบาลต้องเริ่มหาข้อมูลโดยการปฏิสัมพันธ์ใหม่ รวมทั้งหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เช่น เดียวกับที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น จนกว่าแผนการพยาบาลดำเนินไปได้ผลดีและอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

9. ควรมีการเตรียมการในเรื่องการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

10. จดบันทึกรายงานข้อมูลต่าง ๆ ให้ถูกต้อง และเก็บไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

<u>เทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัดรักษา</u> (Therapeutic Technique)

การใช้เทคนิคเพื่อการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การจะเลือกใช้เทคนิคใดขึ้นอยู่กับความจำเป็นและเหตุผลในการสนทนาขั้น ๆ การใช้เทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้ต้องอาศัยการฝึกฝน และทดลองใช้บ่อย ๆ จึงจะเกิดความชำนาญและสามารถใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เทคนิคต่าง ๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ผู้เขียนจะเน้นเฉพาะเทคนิคที่ใช้บ่อย ๆ เท่านั้น ส่วนเทคนิคที่ไม่ค่อยได้ใช้แต่มีในตำราอื่น ๆ ผู้เขียนอาจไม่ได้กล่าวถึง ถ้าท่านผู้อ่านสนใจกรุณาศึกษาเพิ่มเติม

<u>เทคนิคต่าง ๆ สามารถจำแนกออกเป็นหมวด ๆ ดังนี้</u>

1. เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีค่า
2. เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการสนทนาต่อไปรวมทั้งการค้นหาสาเหตุของปัญหา
3. เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดความรู้สึก
4. เทคนิคที่จะช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน
5. เทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ไตร่ตรอง เรื่องราวของเขาใหม่

1. **เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า** มนุษย์ทุกคนต้องการมีคุณค่าในสายตาของคนอื่น ๆ การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวว่ามีคุณค่า และเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น จึงนับว่าเป็นการบำบัดอย่างหนึ่ง

Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
1. Giving Recognition คือการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วยเห็นความสำคัญของผู้ป่วย เช่นการเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องหรือเห็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย	"สวัสดีค่ะ คุณกมล" "วันนี้ฉันสังเกตว่าคุณได้หวีผม" "ดูเหมือนว่าทุกวันคุณใส่แว่นตา" "ฉันจำได้ว่าคุณไม่รับประทานหมู"
2. Offering self คือการเสนอตัวเองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย อาจจะด้วยการอยู่เป็นเพื่อน รับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจหรือช่วยแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลใจอยู่	"ฉันยินดีนั่งเป็นเพื่อนคุณ" "ฉันเต็มใจรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ที่คุณทุกข์ใจหรือเป็นกังวล" "ฉันจะนั่งอยู่กับคุณสักครู่" "ฉันสนใจในความสุขสบายของคุณ"

2. **เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการสนทนาต่อไปรวมทั้งการค้นหาสาเหตุของปัญหา** เป็นเทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายนำในการสนทนา หรือให้การสนทนาดำเนินได้ต่อไปเรื่อย ๆ รวมทั้งการค้นหาสาเหตุว่าสิ่งใดที่ผู้ป่วยกังวลอยู่ หรือกำลังครุ่นคิดในเรื่องใด เทคนิคเหล่านี้เป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเต็มใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
1. Giving Broad Openings เป็นการใช้คำกล่าวกว้าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกหัวข้อในการสนทนาหรือเลือกพูดในสิ่งที่เขากังวล ครุ่นคิดอยู่	"คุณกำลังคิดอะไรอยู่" "มีเรื่องอะไรที่ทำให้คุณกังวลใจ" "มีอะไรที่จะพูดหรือเปล่าคะ" "คุณจะเริ่มตรงไหนก่อนดีค่ะ" "เล่าอะไรก็ได้ค่ะตามใจคุณ"
2. Using general lead เป็นการใช้คำกล่าวนำทั่ว ๆ ไป ในกรณีที่ผู้ป่วยเงียบไปหรือใช้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้พูดพูดต่อ เป็นการบอกกล่าวว่าพยาบาลกำลังตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและอยากให้เขาพูดต่อไป	"ต่อไปซิคะ" "แล้วอะไรอีกล่ะคะ" "เล่าให้ฟังหน่อยซิคะ" "หรือคะ" "ค่ะ" "แล้วยังไงต่อไปล่ะคะ" "เล่าต่อซิคะ"
3. Reflecting การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้ป่วยทั้งประโยคหรือเพียงบางส่วนของประโยคเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก หรือคำพูดของเขาเสียใหม่ โดยพยาบาลไม่ออกความเห็นส่วนตัวของพยาบาลใส่ไปในความคิดของผู้ป่วย Reflecting นอกจากจะเป็นเทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการสนทนาต่อไปรวมทั้งค้นหาสาเหตุของปัญหาแล้วบางครั้งยังเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อสะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยได้อีกด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตนเอง และทำให้การสนทนาดำเนินไปอย่างราบรื่นตรงเป้าหมาย ฉะนั้นการใช้เทคนิค Reflecting จึงขึ้นอยู่กับเหตุผลที่นำมาใช้ในแต่ละครั้ง	1. <u>ผู้ป่วย</u> คุณคิดว่าฉันควรจะบอกสามีดีไหมคะ <u>พยาบาล</u> คุณคิดว่าควรไหมคะ 2. <u>ผู้ป่วย</u> น้องชายของฉันใช้เงินจนหมดและมารบกวนขอฉันมากขึ้นเรื่อย ๆ <u>พยาบาล</u> นี่เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณรู้สึกโกรธ 3. <u>ผู้ป่วย</u> ทุกคนเฉยเมยกับฉัน <u>พยาบาล</u> เฉยเมยกับคุณ 4. <u>ผู้ป่วย</u> ทำไมยังต้องให้น้ำเกลือผมอีก ผมรู้สึกไม่สบายใจ <u>พยาบาล</u> คุณรู้สึกไม่สบายใจที่ยังต้องให้น้ำเกลือ 5. <u>ผู้ป่วย</u> ช่างเป็นวันที่เงียบเหงาและยาวนาน ฉันเอ็กซเรย์แล้วแต่ยังไม่ทราบผล หมอก็ไม่มาหาฉันเลย มันทำให้ฉันตกใจกลัว <u>พยาบาล</u> มันเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับคุณที่ต้องรอฟังผลการตรวจ 6. <u>ผู้ป่วย</u> ทำไมคุณถึงคอยกวนใจฉัน ฉันกำลังจะตายรู้ไหม

Therapeutie Technique	ตัวอย่าง
	พยาบาล คุณรู้สึกไม่สบายใจเพราะคุณคิดว่าคุณกำลังจะตาย 7. ผู้ป่วย นี่เวลาเท่าไรแล้ว น้องบอกว่าจะมาเยี่ยมตั้งแต่ตอนเช้าจนบ่านนี้ก็ยังไม่มา พยาบาล คุณรู้สึกกังวลที่น้องยังไม่มาเยี่ยม

3. **เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดความรู้สึก** การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึกนึกคิด พยาบาลจะต้องกระตือรือร้นในการสนทนาและดึงผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการสนทนาและพยาบาลก็ต้องพร้อมที่จะรับความรู้สึกต่าง ๆ ของคนไข้

Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
1. Accepting การแสดงให้เห็นว่าพยาบาลยอมรับในตัวผู้ป่วย เข้าใจความหมายในการแสดงออกทางพฤติกรรม ท่าทีการยอมรับของพยาบาลต้องไม่ขัดกับคำพูด การยอมรับของพยาบาลไม่ได้หมายความว่าเห็นด้วยกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเสมอไป แต่พยาบาลต้องไม่แสดงอาการตำหนิสิ่งที่ผู้ป่วยบอกมิฉะนั้นผู้ป่วยจะไม่กล้าเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดของตนเองออกมา	ผู้ป่วย คุณคิดดูซิว่า คนที่สูญเสียพ่อไปจะเสียใจขนาดไหน (พูดพร้อมกับร้องไห้) พยาบาล พยักหน้ารับพร้อมทั้งสัมผัสบริเวณไหล่ผู้ป่วย ผู้ป่วย ที่นี่ไม่มีใครอยากพูดกับผมไม่สนใจผมทั้งที่ผมมีเรื่องอยากพูดมากมาย พยาบาล ฉันกำลังฟังคุณพูดค่ะ

Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
2. Sharing observation เป็นการบอกกล่าวสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นในตัวผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา	"ดูคุณตัวสั่น" "ดูท่าทางคุณโกรธมาก" "วันนี้คุณไม่ค่อยสดชื่นเลย" "ดูคุณไม่สบายใจเมื่อพูดถึงสามี" "ฉันสังเกตว่าคุณกำลังกัดริมฝีปาก" "ดูคุณค่อนข้างเครียดนะ" "คุณกำลังร้องไห้"
3. Using silence การใช้ความเงียบในบางสถานการณ์ จะดีกว่าการพูด ความเงียบจะทำให้ผู้ป่วยได้คิดและพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของเขาต่อไป ขณะเดียวกันความเงียบก็จะได้เปิดโอกาสให้พยาบาลสังเกตอาการของผู้ป่วย เพื่อรวบรวมความคิดที่จะพูดต่อไป	

4. **เทคนิคที่จะช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน** ในการสนทนากับบุคคลทั่ว ๆ ไปเรามักพบว่าความล้มเหลวของการสื่อความหมายอย่างหนึ่ง คือ ผู้พูดและผู้ฟังมีการสื่อความหมายที่ไม่เข้าใจตรงกันบ่อย ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีสาเหตุปัญหาหลาย ๆ อย่างเช่นมีความหวาดระแวง ความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน โกรธและไม่พอใจในคนอื่นเป็นต้น พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็น ต้องใช้ทักษะในการสื่อความหมายให้ชัดเจน และฝึกหัดให้ผู้ป่วยรู้จักสื่อความหมายให้ชัดเจนอีกด้วย

Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
1. clarifying การขอคำอธิบายให้กระจ่าง ถ้าพยาบาลไม่เข้าใจความหมายในคำพูดของผู้ป่วย การขอคำอธิบายจากผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความหมายของคำพูดผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น	"จุดสำคัญของเรื่องที่คุณพูดมาคืออะไร" "คุณพูดอย่างนี้ หมายความว่า....." "ฉันไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจเรื่องที่คุณพูด" "ที่คุณพูดมาอะไรเป็นจุดสำคัญ" "คุณกำลังพูดว่า.(ทบทวนประโยค)..อย่างนี้ใช่ไหม"
2. Validating คือการตรวจสอบว่าความเข้าใจของพยาบาลนั้นตรงกับความต้องการและความรู้สึกจริง ๆ ของผู้ป่วยหรือไม่	"คุณคงสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้แล้ว" "คุณรู้สึกดีขึ้นบ้างไหม" "คุณรู้สึกทุเลาลงบ้างไหม"
3. Giving Information การให้ข้อมูลและบอกข่าวสารที่เป็นความจริงแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจกระจ่าง ป้องกันความเข้าใจผิดของผู้ป่วย	<u>ผู้ป่วย</u> ผมไม่อยากกลับบ้านกลัวว่าโรคติดต่อที่ผมเป็นอยู่จะไปติดลูกเมีย <u>พยาบาล</u> ไม่ติดหรอกค่ะ ผลการตรวจแสดงว่าคุณหมดเชื้อแล้ว คุณพ้นระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อแล้ว <u>พยาบาล</u> ฉันชื่อ..... เวลาเยี่ยม..... วัตถุประสงค์ที่ฉันมาที่นี่คือ.....
4. Presenting Reality การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาสิ่งที่เป็นความจริง และตัดสินใจในข้อมูลที่ได้รับด้วยตัวเอง	"ฉันไม่เห็นมีใครอยู่ในห้องนี้" "เสียงนั้นเป็นเสียงรถกำลังติดเครื่อง" "แม่ของคุณไม่ได้อยู่ที่นี่" "ฉันเป็นพยาบาลประจำอยู่ที่ตึก....." "ในห้องนี้ไม่มีใครเลยนอกจากคุณและฉัน" "เมื่อคืนนี้ไม่มีใครมาหาคุณเลย และในห้องก็มีเพียงคุณและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเท่านั้น"
5. Summarizing การสรุปข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมาเพื่อตรวจสอบว่าพยาบาลเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วย ตรงกับความต้องการการสื่อความหมายของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการแสดงว่าพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่	"ระหว่างครึ่งชั่วโมงที่เราคุยกัน เราได้พูดกันถึงเรื่อง....." "คุณได้พูดว่า.....ก่อนที่คุณจะลุกไปดื่มน้ำ"

5. **เทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ไตร่ตรอง เรื่องราวของเขาใหม่** ในการสนทนากับผู้ป่วยบางครั้ง พบว่าเรื่องที่เขาเล่านั้นน่าสงสัย ไม่น่าจะเกิดขึ้น หรือไม่น่าเป็นไปได้ พยาบาลมีความสงสัยในข้อมูลเหล่านั้น พยาบาลอาจใช้เทคนิคนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด ไตร่ตรอง และพิจารณาคำพูดของเขาเสียใหม่ เทคนิคเหล่านี้ได้แก่

Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
1. Focusing การนำผู้ป่วยให้รวมจดสนใจอยู่เรื่องใดเรื่องหนึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยให้เนื้อหาที่สับสน เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความกระจ่างอีกครั้ง	"เรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก" "เราน่าจะใช้เวลาพิจารณาเรื่องนี้อีกสักหน่อย" "จุดนี้ดูจะมีความสำคัญนะคะ เราน่าจะพูดคุยเรื่องนี้มากกว่านี้"
2. Exploring การค้นหาปัญหาหรือข้อคิดเห็นของผู้ป่วยโดยการสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น กระจ่างขึ้น การสอบถามให้ลึกและกว้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่	"กรุณาอธิบายให้มากกว่านี้ได้ไหม" 1. <u>ผู้ป่วย</u> ทุกคนเกลียดผม <u>พยาบาล</u> มีใครบ้างนะคะที่เกลียดคุณ 2. <u>พยาบาล</u> คุณรู้สึกไม่สบายใจหรือเปล่าคะที่จะต้องพูดถึงเรื่องนี้ 3. <u>ผู้ป่วย</u> เพื่อน ๆ ที่ทำงานชอบจับผิดผม <u>พยาบาล</u> เพื่อน ๆ ทำเช่นนั้นเพื่ออะไร
3. Voicing Doubt การตั้งข้อสงสัยหรือแสดงความสงสัยในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าเป็นการตั้งข้อสังเกตในกรณีที่พยาบาลเห็นว่าไม่น่าเป็นไปได้ การใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจในข้อมูลที่บอกเสียใหม่ เทคนิคนี้ไม่ควรใช้บ่อยเพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลไม่เชื่อเขา	"เป็นไปได้หรือที่ทุกคนจะรุมเกลียดคุณคนเดียว" "นั่นไม่ผิดปกติหรือ" "จริงรึ" "ไม่น่าเป็นไปได้" "เป็นไปได้หรือ" "ถึงอย่างนั้นเชียวหรือ"
4. Encouraging evaluation การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตัวเองโดยคิดพิจารณาไตร่ตรอง เหตุการณ์ หรือเรื่องราวที่ผ่านมา	"เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้คุณรู้สึกอย่างไร" "คุณลองประเมินตนเองซิว่าในรอบ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาอาการของคุณเป็นยังไงบ้าง" "ใน 1 ชั่วโมงที่คุณเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดวันนี้คุณได้ข้อคิดอะไรบ้าง" "คุณมีความรู้สึกอย่างไรในเรื่อง....." "วิธีนี้ทำให้คุณไม่สบายหรือ....."

<u>เทคนิคในการสนทนาที่ไม่ใช่การบำบัดรักษา</u> (Non - Therapeutic Technique)

มีเทคนิคหลายเทคนิคที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นเทคนิคในการสนทนาที่ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ประสบอุปสรรคต่อการสนทนาได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หรือพยาบาลไม่เข้าใจถึงปัญหาหรือความทุกข์ใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทั้งนี้พยาบาลอาจพูดด้วยความเคยชิน หรืออาจจะพูดด้วยความจงใจหรือไม่จงใจก็ได้ เทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

Non - Therapeutie Technique	ตัวอย่าง
1. การใช้คำปลอบใจที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Reassuring)	"ถ้าเป็นฉันฉันจะไม่กังวลในเรื่อง....." "ทุกสิ่งทุกอย่างจะเรียบร้อยไปเอง" "ทุกอย่างคงจะดีขึ้นเรื่อย ๆ " "คุณไม่ควรกังวลในเรื่องเหล่านั้น"
2. Giving Approval การแสดงการเห็นด้วยกับข้อคิดเห็นหรือการกระทำของผู้ป่วยก่อให้เกิดการจำกัดความอิสระในการคิดหรือการพูดของผู้ป่วย	"ดีมาก" "ฉันดีใจที่คุณคิดได้" "คุณทำถูกแล้ว" "นั่นเป็นความคิดที่ถูกต้องทีเดียว"
3. Requesting an Explanation การขอคำอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือกระทำลงไปเช่นนั้น อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพราะบางครั้งผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบว่าทำไมถึงทำเช่นนั้น	"ทำไมคุณคิดอย่างนั้น" "ทำไมคุณจึงทำอย่างนั้น" "ทำไมคุณรู้สึกอย่างนั้น" "ทำไมคุณไม่ยอมรับประทานอาหารมื้อเย็น" "ทำไมคุณถึงมาสาย"
4. Rejecting การปฏิเสธหรือยับยั้งความคิดเห็นที่ผู้ป่วยจะพูดหรือสนทนา ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่อไป	"ฉันไม่ต้องการได้ยินเรื่อง....." "ขอให้เราหยุดโต้เถียงกัน"
5. Agreeing การเห็นด้วยกับผู้ป่วย เป็นการจำกัดไม่ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นภายหลังที่เขาได้พูดออกไปแล้ว	"ฉันเห็นด้วยกับคุณ" "คุณทำถูกต้องแล้ว" "ถูกต้องแล้ว"
6. Disagreeing การกล่าวแย้งข้อคิดเห็นของผู้ป่วย ทันทีที่ผู้ป่วยพูดจบ จะทำให้ผู้ป่วยโกรธ และทำให้ผู้ป่วยมองเห็นว่าพยาบาลไม่ไตร่ตรองในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด หรือผู้ป่วยกำลังจะ	"นั่นนะเป็นสิ่งที่ผิด" "ฉันไม่เห็นด้วยอย่างสิ้นเชิง" "ฉันไม่เชื่อในเรื่องที่คุณพูดมานั่น" "ไม่จริงหรอกค่ะ"

Non - Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
บอกอะไรแก่พยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลอาจขาดทักษะในการฟังจึงทำให้ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้	"ไม่ใช่อย่างนั้นค่ะ"
7. Giving Advice เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ด้วยความรู้สึกหรือความคิดเห็นของพยาบาล โดยไม่ให้ผู้ป่วยคิดแก้ไข หรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยด้วยตัวเอง	"ฉันคิดว่าคุณควรจะทำ....." "ทำไมคุณไม่ทำอย่างนั้น....."
8. Defending การกล่าวคำแก้ตัว หรือพูดจาโต้แย้งกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดระบายความคิด หรือความรู้สึกออกมา	"โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงเชียวแหละ ไม่มีใครที่นี่ที่จะโกหกคุณ" "หมอองอาจเป็นหมอที่เก่งมากนะคะ เขาคงไม่ทำอย่างนั้นกับคุณ"
9. Challenging การเรียกร้องข้อพิสูจน์จากผู้ป่วย โดยพยายามให้ผู้ป่วยยอมรับว่า สิ่งที่ผู้ป่วยคิดไม่เป็นความจริง ทำให้ผู้ป่วยอาจคิดว่าพยาบาลไม่เชื่อถือ หรือยอมรับเขา	"แต่คุณจะเป็นประธานาธิบดีของสหรัฐได้อย่างไรล่ะ" "ถ้าคุณตายแล้วทำไมหัวใจคุณจึงเต้นล่ะ" "มีอะไรบ้างที่พอจะพิสูจน์ได้ว่าคุณตายไปแล้ว"
10. Belittling feeling expressed การใช้คำพูดที่ข่มความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดถึงความรู้สึกของเขาต่อไป เพราะคิดว่าเรื่องนั้นไม่น่าสนใจ และพยาบาลไม่เห็นใจหรือเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง	<u>ผู้ป่วย</u> ฉันไม่ทราบว่าจะอยู่ไปเพื่ออะไร ฉันอยากตาย <u>พยาบาล</u> ทุก ๆ คนต้องรู้สึกอย่างนี้บางครั้ง บางครั้งฉันก็เคยรู้สึกอย่างนี้ "ฉันรู้ดีว่าคุณรู้สึกอย่างไร" "คนอื่น ๆ ก็เคยประสบกับภาวะเช่นเดียวกับคุณมาก่อน" "คุณวิตกกังวลมากเกินไป"
11. Multiple question การใช้คำถามหลาย ๆ คำถามในประโยคเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยจำไม่ได้ หรือลำบากใจในการตอบ	"เมื่อคืนนี้คุณนอนหลับดีไหม อาหารเช้าอร่อยไหมแล้วคุณรับประทานอาหารเช้ากับอะไร" "กรุณาเล่าให้ฉันฟังเกี่ยวกับครอบครัวของคุณ การทำงานของคุณ งานอดิเรกหรือสิ่งที่คุณรักมากที่สุดในชีวิต"

Non - Therapeutic Technique	ตัวอย่าง
	"อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั่นละคะ ความเจ็บปวดใช่ไหม การออกกำลังกายมากไปหรือเปล่า หรือความเครียดจากการทำงานหรือคะ"
12. Making stereotyped Comments การพูดซ้ำ ๆ อย่างไม่มีจุดมุ่งหมาย หรือการพูดที่เป็นแบบแผนเดียวกัน หรือใช้เทคนิคเดิมซ้ำกัน อาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ทำให้การสนทนาไม่ได้ผลเท่าที่ควร	"รักษาตัวของคุณให้ดีนะ เชื่อฟังหมอและเข้ากลุ่มบ่อย ๆ นะ คุณก็จะได้กลับบ้านเร็ว ๆ "
13. Giving Literal Responses การโต้ตอบตามคำพูดของผู้ป่วยเหมือนเราไม่ได้สนใจคำพูดของเขา	<u>ผู้ป่วย</u> ผมไม่สบายไม่รู้ว่าเป็นอะไร <u>พยาบาล</u> คุณคิดว่าคุณเป็นอะไรละ <u>ผู้ป่วย</u> ผมควรจะทำอย่างไรดี <u>พยาบาล</u> คุณคิดว่าคุณควรจะทำอย่างไรล่ะคะ <u>ผู้ป่วย</u> ฉันอยากกลับบ้าน <u>พยาบาล</u> คุณคิดว่าคุณกลับบ้านได้หรือยังล่ะคะ <u>ผู้ป่วย</u> ฉันเป็นไข่ <u>พยาบาล</u> สีอะไร <u>ผู้ป่วย</u> สีน้ำตาล <u>พยาบาล</u> ก็เป็นไข่ไก่ใช่ไหม <u>ผู้ป่วย</u> พวกเขากำลังดูโทรทัศน์อยู่ในหัวสมองของฉัน
14. Using Denial การปฏิเสธคำพูดของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจในตัวเขา หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้	<u>พยาบาล</u> โทรทัศน์ช่องอะไร <u>ผู้ป่วย</u> ช่อง 7 <u>พยาบาล</u> สนุกไหม เรื่องอะไร <u>ผู้ป่วย</u> ฉันไม่เป็นอะไร <u>พยาบาล</u> คุณต้องมีบางสิ่งบางอย่างแน่ฉันรู้ <u>ผู้ป่วย</u> ฉันได้ตายไปแล้ว <u>พยาบาล</u> ไม่จริงหรอกคุณยังมีชีวิตอยู่
15. Introducing an Unrelated topic การพูดคนละเรื่องกับเรื่องราวที่ผู้ป่วยกำลังสนทนาทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าพยาบาลมีความจริงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยมากน้อยเพียงไรหรือตั้งใจฟังเนื้อหาที่ผู้ป่วยเล่าหรือไม่	<u>ผู้ป่วย</u> ฉันอยากตาย <u>พยาบาล</u> สัปดาห์ที่แล้วมีคนมาเยี่ยมคุณหรือเปล่า <u>ผู้ป่วย</u> ฉันนอนไม่หลับทั้งคืนเลย เพราะกลัวมาก <u>พยาบาล</u> เมื่อเช้านี้คุณรับประทานอาหารเช้าแล้วหรือยัง

จากข้อมูลข่าวสารที่ได้จากการบันทึกเสียงการสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Process Recording) 2 ครั้ง ในเวลาที่พยาบาลมีเวลาว่าง ซึ่งมีการใช้เทคนิคต่างๆ ดังนี้

1. การใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal Communication) ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างมีการสนทนาซึ่งกันและกัน และการใช้ภาษากายของผู้ป่วย (Verbal Communication and Non - Verbal Communication)

2. เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัดรักษา ทฤษฎี หลักการและเหตุผล (Techniques Theories and Rationals) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้นพยาบาลได้ใช้เทคนิคดังนี้

3. ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Nurse's Feeling and Thought)

ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงการสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด 1 วันหรือ 1 คืน ถูกนำไปวิเคราะห์ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ขั้นการประเมินสภาพ (Assessment) การวางแผนการพยาบาล การพยาบาลตามแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (Nursing diagnosis) ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้งสิ้น

การบันทึกการปฏิสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตึกอไศก

ชื่อผู้ป่วย นางสาว ก. **อายุ** 26 ปี **การศึกษา** ปวส.
อาชีพ แม่บ้าน **ศาสนา** พุทธ **วันที่เข้ารับการรักษา** 25 มิถุนายน 2532
การวินิจฉัยโรค Bipolar Affective disorder **วันที่มีการปฏิสัมพันธ์** 3 กรกฎาคม 2532
สถานที่และบรรยากาศ โต๊ะรับประทานอาหารของโรงพยาบาล บรรยากาศดีไม่มีผู้ป่วยอื่นรบกวน และใกล้สถานที่ดื่มน้ำของผู้ป่วย (เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ดื่มน้ำบ่อย ๆ) เวลา 14.35 - 15.20 น.

จุดมุ่งหมายในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2) เพื่อบอกวัตถุประสงค์ของการสนทนากับผู้ป่วย
3) เพื่อทราบปัญหาของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล
4) เพื่อลดความวิตกกังวลของการอยู่ในโรงพยาบาล

สถานการณ์ก่อนมีปฏิสัมพันธ์

ผู้ป่วยนั่งหลับตลอด ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร แต่เมื่อกระตุ้นสามารถร่วมเข้ากลุ่มอาชีวบำบัดกับเพื่อน ๆ ได้ ขณะทำงานไม่พูดคุยกับเพื่อน ๆ ที่เข้าร่วมกลุ่ม บางครั้งนั่งหลับต้องกระตุ้นจึงทำต่อได้จนเลิกกลุ่ม

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
N : สวัสดีค่ะ คุณ ก ดิฉันชื่อ วัชนี หัตถพนม เป็นนักศึกษาพยาบาลจิตเวช มาฝึกปฏิบัติงานที่ตึกอโศก เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในแต่ละสัปดาห์จะขึ้นปฏิบัติงานเพียง 3 วัน คือ วันอังคาร พุธ และพฤหัส และในการมาฝึกปฏิบัติงานครั้งนี้ ดิฉันสนใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณ ความไม่สบายใจของคุณ และการแก้ไขปัญหาความไม่สบายใจของคุณด้วยตัวของคุณเอง อยากจะขอคุยด้วย ไม่ทราบว่าคุณจะมีความเห็นอย่างไร	การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักกับผู้ป่วย (Giving Recognition) โดยการเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย และเห็นความสำคัญของผู้ป่วย การแนะนำตัว การบอกวัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพเป็นการเริ่มต้นของการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยตามหลักการของ Peplau (1965 : 35 - 40)	กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือ ในการสนทนา เนื่องจากผู้ป่วยนั่งหลับตา และง่วงนอนสลึมสลือ
Pt: ดีซิค่ะหนูมีเรื่องสงสัยอยากถามพี่มากเลยค่ะ (พูดพร้อมกับลืมตา และดื่มน้ำในแก้วที่ผู้ป่วยถือติดมือมาตั้งไว้บนโต๊ะ แต่ยังคงสลึมสลืออยู่)		
N : ดิฉันจะคุยกับคุณครั้งละประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ในแต่ละวันที่ดิฉันขึ้นมาฝึกปฏิบัติงาน เรื่องที่คุยก็เป็นเรื่อง การเจ็บป่วยของคุณ และความไม่สบายใจต่าง ๆ ที่ได้รับ ส่วนมากคุณจะว่างช่วงไหนคะ	การให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (Giving Information) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบรายละเอียดของการพบปะพูดคุยในแต่ละครั้ง	พยาบาลวิตกกังวลในการบอกวัตถุประสงค์และนัดหมายการสนทนาจึงไม่ได้ตอบคำถามผู้ป่วยที่ถามว่า "อยากถามพี่มากเลยค่ะ" ซึ่งพยาบาลน่าจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในเรื่องที่ผู้ป่วยสงสัยก่อน ค่อนข้างฝืนกับความรู้สึกตนเอง เนื่องจากเคยชินกับการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม มากกว่าการให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเวลา

๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.
๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.
๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.
๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.	๑๑.๑๐ น.

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
Pt: ก็ยังอยากลดความอ้วนอยู่ค่ะ แต่คงไม่ใช้วิธีเก่า เพราะไม่ไหวพี่ชายหนูเคยบอกว่าการลดความอ้วนมีหลายวิธีที่ไม่เป็นอันตราย เช่น การออกกำลังกาย แต่หนูก็ไม่เคยลองสักที พี่คิดว่าหนูควรทำอย่างไรดีค่ะ		รู้สึกผู้ป่วยยังกังวลเรื่องการลดความอ้วนเช่นเดิม
N : ก่อนอื่นคงต้องพิจารณาการรับประทานอาหารของคุณก่อนว่ามีนิสัยในการรับประทานอาหารอย่างไร	พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้ในการลดความอ้วน เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย (Giving Information)	
Pt: การกินอาหารของหนู หนูก็กินอาหารแต่ที่มีประโยชน์ แต่ที่ชอบมากคือของหวาน แล้วก็กินบ่อย ๆ กินจุบกินจิบไม่ค่อยเลือกเวลา วันหนึ่ง ๆ ก็กินหลายมื้อ เพราะอยู่บ้านก็ไม่รู้จะทำอะไร ก็เลยเอาแต่กิน พี่คิดว่าที่หนูกินอาหารอย่างที่บอกจะเป็นสาเหตุที่ทำให้หนูอ้วนได้ไหมค่ะ แล้วหนูจะทำยังไงดีค่ะ		รู้สึกดีใจที่ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุของความอ้วนได้ตรงกับที่คิดเอาไว้
N : คิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณอ้วนได้ การรับประ-ทานอาหารควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างที่คุณพูดได้ แต่ควรลดอาหารประเภทของหวานที่เคยที่เคยชอบลงบ้างและรับประทานอาหารให้เป็นเวลาและให้เพียงพอทั้ง 3 มื้อ ควรงดการกินอาหารไม่ไม่เป็นเวลาอย่างที่เคยทำ นอกจากนี้การออกกำลังกายก็จะมีส่วนช่วยได้มากแต่ต้องไม่หักไหมจนเกินไป	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (Giving Information)ตามที่ผู้ป่วยต้องการเนื่องจากเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยกังวลอยู่การช่วยลดความกังวลให้ผู้ป่วยก็เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้สัม-พันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น และการให้ความรู้ไม่ได้ให้รายละเอียดลึกซึ้งเนื่องจากผู้ป่วยมีการศึกษาสูงเคยทราบรายละเอียดมาบ้างแล้ว การให้ข้อมูลครั้งนี้เพียงเพื่อทบทวนสิ่งที่ควรจะปฏิบัติเท่านั้น	รู้สึก [illegible]

		ตามที่ได้ตกลงกันไว้
		ตามที่ได้ตกลงกันไว้
		ตามที่ได้ตกลงกันไว้

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
Pt: หนูจะกลับไปบ้านลองปฏิบัติดูคิดว่าคงจะทำได้ดีกว่าการกินยาทรมานที่สุดนอนก็ไม่หลับ (พูดพร้อมทั้งยิ้มและยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม) N : เมื่อสักครู่คุณพูดว่า อยู่บ้านไม่รู้จะทำอะไรหมายความว่าอย่างไรค่ะ	การขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่แจ่มชัด (clarifying) เป็นสิ่งที่ควรกระทำถ้าหากพยาบาลมีความสงสัยในคำพูดนอกจากจะได้รายละเอียดที่แท้จริงแล้วยังเป็นตัวอย่างที่ดีในการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นในเรื่องการสื่อความหมายให้ชัดเจนในครั้งต่อไป	ดีใจที่ผู้ป่วยหายกังวลใจ สังเกตจากการยิ้มและการรับคำจะนำไปปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าดีกว่าการกินยาลดความอ้วน พยาบาลไม่แน่ใจในคำพูดของผู้ป่วยว่าไม่รู้จะทำอะไรคือไม่มีงานให้ทำ หรือมีงานให้ทำแต่ทำไม่ได้
Pt: ที่จริงถ้าพูดถึงบ้านที่หนูอาศัยอยู่กับพี่ชายแล้วมีเยอะแยะที่หนูควรทำช่วยพี่เขา แต่หนูก็ไม่ได้ทำ เพราะหนูไม่มีความรู้คิดไปหนูเหมือนคนมีบาปมากทำงานไม่คุ้มกับเงินเดือนที่พี่หนูจ้างเลย (ผู้ป่วยเงียบก้มหน้า สีหน้าสลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงแรกมือบีบแก้วน้ำเล่น) N : ดูท่าทางคุณไม่สบายใจ เมื่อพูดถึงงานของพี่ชายคุณ Pt: ค่ะหนูไม่สบายใจจริง ๆ นี่แหละค่ะเป็นสาเหตุที่ทำให้หนูนอนไม่หลับทุกคืนตื่นขึ้นมากลางคืนทีไร ก็คิดแต่เรื่องนี้ พี่คิดดูซิค่ะพี่ชายจ้างหนูเดือนละพันกว่าบาทให้ช่วยขายของหน้าร้าน แต่หนูก็ทำไม่ได้ ได้แต่นั่งดู	การบอกกล่าวสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นได้ในตัวผู้ป่วย (Sharing Observation) เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงของเขาขณะเดียวกันพยาบาลก็แสดงท่าทียอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมา	พยาบาลมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดในตนเองสูง สังเกตจากสีหน้าเศร้าสลดของผู้ป่วย พยาบาลพยายามจะหาวิธีที่จะลดความรู้สึกผิดของผู้ป่วย รู้สึกดีใจที่ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุของการนอนไม่หลับทั้ง ๆ ที่เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้พูดถึงเลยในตอนแรกของการสนทนา

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
เพราะหนูไม่มีความรู้เรื่องเครื่องใช้ไฟฟ้า จะหยิบจับช่วยขายก็กลัวทำไม่ถูก เพราะหนูจบบัญชี แต่ที่ร้านไม่ค่อยจำเป็นในเรื่องการทำบัญชี แต่ต้องการขายของช่วยหน้าร้านมากกว่า (เงียบประมาณ 15 วินาที)		
N : แล้วอย่างไรต่อไปละค่ะ	การใช้คำกล่าวนำทั่ว ๆ ไป (Using general lead) เพื่อที่จะกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ป่วยพูดต่อในกรณีที่ผู้ป่วยพูดแล้ว หยุดเงียบไป	รู้สึกว่าผู้ป่วยยังเล่ารายละเอียดไม่หมดสังเกตจากสีหน้าที่แสดงออก และการเงียบของผู้ป่วยทำให้พยาบาลรู้สึกอึดอัดใจ ในช่วงที่เงียบนี้
Pt: หนูเลยคิดว่าหนูเนรคุณไม่สามารถตอบแทนคุณพี่ให้คุ้มกับเงินเดือนที่จริงไม่มีใครว่าหนู จนเป็นสาเหตุที่ทำให้หนูต้องคิดหรอกนะค่ะ หนูคิดของหนูเอาเอง หนูเองก็อยากมีงานทำ ตรงตามที่หนูได้เรียนมา หนูอยากทำงานธนาคารเหมือนเพื่อนหนู แต่ไปสอบทีไรไม่เคยสอบได้สักที เลยต้องรองานอยู่ที่บ้าน ถ้าพี่เป็นหนู พี่คิดว่าควรทำยังไงถึงจะตอบแทนพี่ชายได้	ผู้ป่วยมีแนวความคิดว่าตนเองไม่ดีความรู้สึกผิดต่าง ๆ ถูกสะสมเอาไว้เนื่องจากการได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่เน้นศีลธรรม จรรยา (Conscience) จนเกินควร แนวความคิดที่คิดว่าตนเองผิด ทำให้ดูตนเองด้อยค่า (Low self esteem) ตามหลักการของ Haber (1987 : 335 - 337)	
N : แล้วพี่ชายของคุณมีความคิดเห็นอย่างไรในเรื่องนี้	การสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น (Exploring) การสอบถามให้ลึกหรือกว้างขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่	ผู้ป่วยยังไม่ได้เล่ารายละเอียดของความคิดเห็นของพี่ชายที่มีต่อผู้ป่วยเลย
Pt: พี่ชายเคยบอกหนูว่าตั้งใจรักษาตัวเองให้หายป่วย ถ้าอาการดีเมื่อไรแล้วค่อยศึกษาถึงวิธีการทำงานในร้าน เรื่องอื่น ๆ ไม่ต้องเป็นกังวลขอให้หมั่นรักษาตัวเองให้หายไว ๆ พี่ก็ดีใจแล้ว พี่ว่าพี่ชายหนูห่วง		

๑๒.๑๑ การเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟัง (Selective Reflection)	๑๒.๑๑ การเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟัง (Selective Reflection)	๑๒.๑๑ การเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟัง (Selective Reflection)
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้
๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้	๑๒.๑๑.๑ ผู้ฟังเลือกสรรข้อความที่สอดคล้องกับเรื่องที่ฟังได้

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
Pt: คิดว่าถ้าไม่มีอาการหลับมากก็คงกลับบ้านได้ไม่มีปัญหา		
N : ถ้าคุณกลับไปช่วยพี่ชายขายของตอนนี้คิดว่าจะทำได้ดีหรือคะ		
Pt: (เงียบไปประมาณ 5 วินาที) คงไม่มีใครอยากซื้อของกับคนนอนหลับดีไม่ดีขายของผิด ๆ ถูก ๆ เดี๋ยวยิ่งเป็นภาระให้พี่อีกพี่คะหนูสงสัยว่าอาการที่ไม่หลับตอนกลางคืน และหลับมากตอนกลางวันเมื่อไรจะหายคะ		
N : ดิฉันสังเกตเห็นวันนี้หลังจากรับประทานยาเที่ยงเสร็จ เห็นคุณเข้าห้องนอนหลับตลอด จนดิฉันต้องไปปลุกคุณเพื่อเข้ากลุ่มอาชีวบำบัด คุณจึงตื่นไม่ทราบว่าทุกวันคุณนอนอย่างนี้หรือเปล่า		สงสัยสาเหตุของการนอนไม่หลับของผู้ป่วยนอกจากเกิดจากคิดเรื่องไม่สามารถทดแทนบุญคุณพี่ชายแล้วอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยนอนกลางวันมากเกินไปทำให้กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับได้ด้วย
Pt: (เงียบสักครู่) ก็นอนอย่างนี้ทุกวันค่ะ สังเกตว่าตัวเองเริ่มนอนอย่างนี้ตั้งแต่เริ่มกินยาของโรงพยาบาลก็เริ่มง่วงมาตลอด เป็นเพราะอะไรคะ		
N : ยาของโรงพยาบาลที่คุณรับประทานก็มีส่วนทำให้คุณง่วงนอนมากได้แต่เท่าที่ดูยาของคุณพบว่าวันนี้แพทย์ประจำตัวคุณได้ลดยาลงให้น้อยกว่าเก่า คิดว่าร่างกายของคุณคงสามารถปรับตัวได้ภายใน 1-2 อาทิตย์ นอกจากนี้คงต้องงดการนอนกลางวันของคุณด้วย โดยพยายามหากิจกรรมทำในตอนกลางวันจะ	การให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (Giving Information) เนื่องจากผู้ป่วยกังวลเรื่องการหลับมาก จนกลัวว่าจะไม่ได้กลับบ้าน	

ชื่อโครงการ/กิจกรรม หมวดเงินอุดหนุน	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมโรคไข้หวัดนก	การจัดการฝึกอบรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนก (validation) เพื่อยกระดับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกให้มีประสิทธิภาพ	ชื่อกิจกรรมที่ดำเนินการ ๑ ครั้ง ๑ พันคน PL: (BM) ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ (พร้อมเอกสาร) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด N : ค่าใช้จ่ายในการจัดทำคู่มือการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนก PL: (BM) ค่าใช้จ่ายในการจัดทำป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ ๓๐ ป้าย ๆ ละ ๑๕๐ บาท ค่าใช้จ่ายในการจัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์ ๑๐๐ ชุด ๆ ละ ๑๐๐ บาท N : ค่าใช้จ่ายในการจัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก PL: ค่าใช้จ่ายในการจัดทำป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก การรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ เพื่อรายงานผลการดำเนินงานให้ทราบ N : ค่าใช้จ่ายในการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ค่าใช้จ่ายในการจัดทำเอกสารรายงานผลการดำเนินงานโครงการ PL: ค่าใช้จ่ายในการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานโครงการ	ชื่อกิจกรรมที่ดำเนินการ การประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ให้ความรู้
ผลผลิตที่คาดหวัง ๑ ผู้ได้รับการฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจ	การเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกมีประสิทธิภาพ	เกณฑ์การประเมินผลผลิตที่คาดหวัง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก	เกณฑ์การประเมินผลผลิตที่คาดหวัง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก	เกณฑ์การประเมินผลผลิตที่คาดหวัง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมโรคไข้หวัดนก

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
N : เมื่อสักครู่คุณบอกว่า นอนอย่างนี้ทุกวันตั้งแต่เริ่มมากินยาของโรงพยาบาลหมายความว่าอย่างไรค่ะ	-การขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่แจ่มชัด (clarifying) เป็นสิ่งที่ควรกระทำถ้าหากพยาบาลสงสัยในคำพูด เพื่อให้ได้รายละเอียดที่แท้จริง	สงสัยในคำพูดผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยอาจจะไม่กินยาเลย เพิ่งมากินยาขณะอยู่ที่โรงพยาบาล
PT: ก็หนูกินยาของโรงพยาบาลมานานหนูเบื่อการกินยาเลยลองหยุดยาดู ประมาณ 1 เดือน ก็มีอาการแล้วถูกพี่ชายจับมาส่งโรงพยาบาล พี่ค่ะหนูหิวน้ำจังน้ำหมดแล้ว ขอไปเอาน้ำมาดื่มก่อนนะค่ะ พี่อย่าเพิ่งไปนะ นั่งรอหนูก่อน เดี๋ยวหนูจะกลับมา (หลังจากที่พยาบาลพยักหน้าอนุญาต ผู้ป่วยก็ลุกไปดื่มน้ำ และไปล้างหน้าที่ห้องน้ำนานประมาณ 5 นาที จึงกลับมา)		พยาบาลรู้สึกขุ่นเคืองเล็กน้อย ที่ต้องนั่งรอผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไปดื่มน้ำ และล้างหน้าแต่รู้สึกว่าผู้ป่วยให้ความสนใจอยากพูดคุยกับพยาบาลโดยบอกให้พยาบาลนั่งรอ การไปล้างหน้าของผู้ป่วยก็เป็นการแสดงให้พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยคงรู้สึกง่วงอีก จึงไปล้างหน้าเพื่อพูดคุยกับพยาบาลต่อไปได้
PT: (กลับมาพร้อมกับน้ำ 1 แก้ว ตั้งไว้ข้างหน้าผู้ป่วยและนั่งลงข้างพยาบาล เช่นเดิม) พี่ค่ะรอหนูนานไหม เมื่อกี้เราพูดถึงเรื่องอะไรแล้วนะค่ะ	-การนั่งค่อยของพยาบาลก็เป็น Non verbal communication อย่างหนึ่งที่บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลเห็นความสำคัญของผู้ป่วยจึงได้คอยต่อไป	
N : ก็ไม่นานค่ะประมาณ 5 นาที เมื่อกี้เราพูดถึงเรื่องการลองหยุดยาของคุณแล้วคุณมีอาการอีก แล้วอย่างไรต่อไปค่ะ	-การใช้คำกล่าวนำทั่ว ๆ ไป (Using general lead) เพื่อเป็นการกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ป่วยพูดต่อไปในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดทั้งค้างเอาไว้ก่อนไปดื่มน้ำ	
PT: พี่คิดดูซิค่ะหนูกินยามาก็หลายปี เบื่อจังเลย หนูจึงลองหยุดยาดู พี่คิดว่าหนูจะกินยาพวกนี้อีกกี่ปี		
N : คงบอกระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ว่ากี่ปี ขึ้นอยู่กับอาการของคุณ แต่เท่าที่ทราบคนไข้ทุกคนหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วควรมาติดต่อขอรับยาอย่างต่อเนื่อง เพราะยาจะช่วยควบคุมอาการให้เราสามารถ	การให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ (Giving Information) เป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเลิกกังวลยังเป็นการสร้างความไว้วางใจและทำให้การสร้างสัมพันธภาพดำเนินไปได้ด้วยดี	

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สำหรับการหยุดกินยาโดยเด็ดขาดคงต้องปรึกษาแพทย์ก่อนนะค่ะ Pt: เข้าใจแล้วค่ะ หมายความว่าถ้าจะเลิกกินยาเมื่อไรต้องให้แพทย์ที่รักษาหนู อนุญาตก่อนเพราะแพทย์จะดูอาการหนูด้วยใช่ไหมค่ะ N : ใช่ค่ะ Pt: หนูมีเรื่องไม่เข้าใจอยู่เรื่องหนึ่งค่ะ คือขณะอยู่ที่บ้าน		
แม่และพี่ชายจะพาคนมาดูตัวหนู และมีบางคนชอบหนูว่าหนูเรียบร้อยดี และจะให้หนูแต่งงาน และฝากให้หนูถามหมอว่า หนูจะแต่งงานได้ไหม ทำไมพี่หนูต้องให้หนูถามอย่างนั้น N : แล้วคุณอยากแต่งงานไหมละค่ะ Pt: หนูเองยังไม่อยากแต่งงานตอนนี้ เพราะร่างกายไม่แข็งแรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เวลามีอาการก็ควบคุมตนเองไม่ได้ และคิดว่าคนที่จะมาแต่งงานกับหนูเขาไม่ได้หวังที่ตัวหนู เขาหวังสมบัติมากกว่า เพราะหนูมีสมบัติซึ่งเตี่ยแบ่งให้เป็นส่วนของหนู แต่ถ้าเจอคนดี ๆ รักหนูจริง หนูก็จะแต่ง (ยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม) หนูเคยถามพี่หัวหน้าตึกในเรื่องนี้	การสะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรองเรื่องราวด้วยตนเอง (Reflecting) เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาต่าง ๆ และคิดหาหนทางขจัดปัญหาของตนเองให้ได้	ไม่แน่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดบอกว่าเป็นคำถามที่พี่ชายฝากมาถาม หรือตัวผู้ป่วยอยากถามเองแต่ไม่กล้า

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
พี่บอกว่าให้หนูรักษาตัวให้ดี อยู่บ้านให้นาน ๆ รู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตดีก่อน จึงค่อยคิดในเรื่องนี้ พี่คิดว่าจริงไหมค่ะ N : (พยักหน้ารับ) ค่ะก็ปฏิบัติตัวตามที่หัวหน้าตึกแนะนำก็แล้วกัน (ยกนาฬิกาขึ้นดู) คุณเก[illegible]ค่ะ เวลา 15.30 น. จะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยทุกคนเตรียมตัวรับประทานอาหารเย็น ตอนนี้เหลือเวลาอีกประมาณ 10 นาที คุณจะได้เตรียมตัวก่อนรับประทานอาหาร วันนี้เราคุยกันหลายเรื่อง ก็มีเรื่องการลดความอ้วน การทำงานช่วยพี่ชายของคุณ อาการง่วงนอนมากของคุณ การเบื่อยา และอยากหยุดยา และการแต่งงาน พรุ่งนี้เราจะได้พบและพูดคุยกันอีก ในเวลาประมาณ 14.35 น. สถานที่เดิมนะค่ะ Pt: ค่ะพรุ่งนี้พี่จะมาอีกใช่ไหมค่ะ หนูจะได้มีเพื่อนคุย ทำให้หนูไม่ง่วง ขอบคุณมากค่ะ (พูดจบพร้อมทั้งยกมือขึ้นไหว้ แล้วลุกจากไป) N : สวัสดีค่ะ (ยกมือรับไหว้ตอบผู้ป่วย)	การสรุปข้อความเมื่อผู้ป่วยพูดจบแล้ว (Summarizing) เพื่อสรุปให้ผู้ป่วยได้ยินในสิ่งที่เขาเล่ามาทั้งหมด เป็นการตรวจสอบกับผู้ป่วยว่าเรื่องที่เขาเล่านั้น พยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่ ซึ่งการสรุปมักทำตอนท้ายของ การสนทนา นอกจากนี้การนัดหมายครั้งต่อไปเป็นการบอกให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อจะได้เตรียมตัวมาพบตามการนัดหมาย	รู้สึกดีใจที่ในการสนทนาครั้งนี้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สรุปและการประเมินผลการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ในการสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที แต่หมดเวลาไปกับการคอยผู้ป่วยไปดื่มน้ำและล้างหน้า 5 นาที จึงเหลือเวลาในการปฏิสัมพันธ์จริง ๆ เพียง 40 นาที ซึ่งทำให้ทราบปัญหาผู้ป่วยที่เป็นส่วนส่งเสริมให้มาเข้ารับการรักษาซ้ำในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยหลายปัจจัยคือ การต้องการลดความอ้วน การหยุดกินยาของผู้ป่วย การรู้สึกว่าตนเองมีผิดบาปที่ไม่ได้ช่วยพี่ทำงานและการอยากมีงานทำของตนเอง นอกจากนี้ได้ทราบปัญหาอื่น ๆ อีกด้วย เช่น การแต่งงาน อาการง่วงนอนมากของผู้ป่วย ในด้านการรู้จักสภาพตนเอง (Insight) ของผู้ป่วยค่อนข้างดี สำหรับการปฏิสัมพันธ์ครั้งนี้ คิดว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และได้วางวัตถุประสงค์ในการมีปฏิสัมพันธ์ครั้งต่อไปคือ การสังเกตอาการง่วงนอนมากของผู้ป่วย ประเมินผลการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการช่วยตัวเองเมื่อมีอาการง่วงนอนตามคำและนำที่ให้ไว้ และเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อถือ ศรัทธาและเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล รวมทั้งการค้นหาปัญหาผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ต่อไปด้วย

การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยครั้งที่ 5 ตึกอโศก

ชื่อผู้ป่วย น.ส.ก. **อายุ** 26 ปี **การศึกษา** ป.ว.ส.
อาชีพ แม่บ้าน **ศาสนา** พุทธ **วันที่เข้ารับการรักษา** 25 มิถุนายน 2532
การวินิจฉัยโรค Bipolar Affective disorder **วันที่มีการปฏิสัมพันธ์** 17 กรกฎาคม 2532
สถานที่และบรรยากาศ โต๊ะรับประทานอาหาร ของโรงพยาบาล บรรยากาศดี ไม่มีผู้ป่วยอื่นรบกวน เวลา 09.45 - 10.30 น.

จุดมุ่งหมายในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1. เพื่อสังเกตอาการง่วงนอนมากของผู้ป่วย รวมทั้งค้นหาปัญหาอื่น ๆ ที่อาจหลงเหลืออยู่
2. เพื่อทราบความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย และประเมินคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ หรือความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ
4. เพื่อเตรียมผู้ป่วยสู่ระยะการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

สถานการณ์ก่อนมีปฏิสัมพันธ์

ผู้ป่วยนอนหลับอยู่ในห้องนอน ต้องไปปลุกให้ล้างหน้า และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หน้าตาแจ่มใสขึ้น ลักษณะการพูดมีลิ้นแข็งบ้างเล็กน้อย ขณะพูดมีน้ำลายไหล แต่ไม่มาก

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
N : สวัสดีค่ะ คุณ ก. Pt: สวัสดีค่ะ พี่วัชนี (ผู้ป่วยนั่งคุยพร้อมกับมีแก้วน้ำวางอยู่ตรงหน้าด้วย) N : วันนี้ดูคุณแจ่มใสกว่าอาทิตย์ก่อน (สังเกตว่าขณะสนทนาด้วยผู้ป่วยไม่นั่งหลับตาเหมือน Session ที่แล้ว) Pt: ใช่ค่ะ หนูรู้สึกดีขึ้นมาก พี่หายหน้าไปไหนหลายวันค่ะ หนูคิดถึง N : อาทิตย์ที่แล้วดิฉันไปปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยนอกค่ะ แต่ดิฉันจำได้ว่าเคยบอกให้คุณทราบล่วงหน้าแล้ว	การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย (Giving recognition) โดยการเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องและจดจำในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยได้เป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเห็นความสำคัญของผู้ป่วย นอกจากนี้การเข้าใจความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ตามหลักของ Maslow เป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไร้ค่ายิ่งมีความจำเป็นมาก การเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น การให้ข้อมูลที่เท็จจริง (Giving information) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบรายละเอียดที่ต้องการ	รู้สึกไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพจะคงเดิมหรือไม่เนื่องจากพยาบาลไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานที่ตึกนี้ในอาทิตย์ที่แล้ว แต่ก็ได้บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนไป
และอาทิตย์หน้า ดิฉันจะมาปฏิบัติงานที่นี่ เป็นอาทิตย์สุดท้าย Pt: อ้อ ใช่ซิพี่เคยบอกหนูครั้งหนึ่ง หนูนึกออกแล้ว (พูดพร้อมกับใช้นิ้วชี้บริเวณขมับ และทำท่าทางแบบใช้ความคิด) แล้วนี่แสดงว่าอาทิตย์ต่อไปพี่จะไม่มาที่ตึกหนูอีกใช่ไหมค่ะ		ดีใจที่ผู้ป่วยจำในสิ่งที่เกี่ยวกับพยาบาลได้ซึ่งแสดงถึงสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยดำเนินไปได้ด้วยดี
N : ใช่ค่ะ เอ้ออยากถามความเห็นของคุณ ก ว่าถ้าวันนี้ดิฉันขอเปลี่ยนเวลาคุยกับคุณเป็นช่วงเช้าจะได้ไหมค่ะ เนื่องจากช่วงบ่ายดิฉันต้องกลับเร็วกว่าทุกวัน	การให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนแปลงเวลาสนทนาหรือไม่ เป็นสิ่งที่ควรกระทำเพราะเป็นการให้ผู้ป่วยฝึกการตัดสินใจได้ด้วย ขณะเดียวกันก็เป็นการลด Authority ที่พยาบาลเคยทำอยู่เป็นประจำลงเสียบ้างและยังเป็นการเคารพในสิทธิของผู้ป่วยซึ่งเป็น	ไม่แน่ใจในการเปลี่ยนแปลงเวลาสนทนาว่าผู้ป่วยจะยินดีหรือไม่ เนื่องจากวันนี้ต้องลงจากตึกที่ปฏิบัติงานเร็วกว่าทุกวัน

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
Pt: ได้ค่ะ ช่วงเช้าหนูก็ว่าง แต่หนูมักจะง่วงนอนบ่อย ๆ N : คุณลองเปรียบเทียบอาการง่วงของคุณในอาทิตย์แรก ๆ ที่มาอยู่โรงพยาบาลกับอาทิตย์นี้คุณคิดว่าอาการง่วงดีขึ้นบ้างไหมค่ะ	เจตนคติที่สำคัญในการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดเปรียบเทียบ (Encouraging Comparison) เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการง่วงของผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือไม่ เพราะดูผู้ป่วยแจ่มใสขึ้นกว่าเก่านอกจากนี้ยังฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จักการเปรียบเทียบอาการของตนเองทำให้เกิดความเข้าใจในตนเองดีขึ้น	
Pt: คิดว่าดีขึ้นกว่าเก่าแต่ก็ยังง่วงอยู่ค่ะ N : คำแนะนำที่ให้ไว้ในอาทิตย์ที่แล้วคุณ ก ลองปฏิบัติดูหรือเปล่าค่ะ Pt: หนูลองปฏิบัติดูแล้ว พยายามช่วยตัวเอง พยายามไม่นอนกลางวัน หันมาเข้ากลุ่มทำอย่างที่พี่แนะนำ แต่ก็ฝืนตัวเองไม่ได้ ช่วงที่พี่ไม่อยู่ หนูได้เข้ากลุ่มเป็นบางกลุ่ม แต่ก็จะหลับขณะเข้ากลุ่มเกือบทุกครั้ง (พูดพร้อมดื่มน้ำ) N : แล้วยังไงต่อไปค่ะ Pt: หนูแย่มากใช่ไหมค่ะ ช่วยเหลือตัวเองแค่นี้ก็ทำไม่ได้ N : แล้วคุณ ก มีความรู้สึกอย่างไรในเรื่องนี้	ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเองเพื่อต่อสู้กับอาการง่วงนอนแต่ยังคงมีอาการง่วงนอน เช่นเดิมทั้งนี้อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา Antipsychotic drug ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ซึมอ่อนเพลียและง่วงนอน รวมทั้งมีอาการคอแห้งจนทำให้ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำบ่อย ๆ การใช้คำกล่าวนำทั่วไป (Using general lead) เพื่อช่วยกระตุ้นจูงใจให้ผู้ป่วยพูดต่อ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตัวเขาเอง (Encouraging Evaluation) เพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยไตร่ตรองเรื่องราวที่คิดใหม่อีกครั้ง	อาการง่วงนอนในอาทิตย์ก่อนยังคงเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวล รู้สึกไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยคิดว่าตนเองแย่จริง ๆ หรือเป็นความเคยชินในการใช้กลไกทางจิต

ตอนที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเอง (ต่อ)	ตอนที่ 2 ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเอง	ตอนที่ 3	ตอนที่ 4
ตอนที่ 3 ทำแบบทดสอบ "ตัวเราคืออะไร" (ต่อ) - ประกอบ ปัญหาอภิปรายเกี่ยวกับตัวเรา ตอนที่ 4 ทำแบบทดสอบ "ตัวเราคืออะไร" ตอนที่ 5 ทำแบบทดสอบ "ตัวเราคืออะไร" ตอนที่ 6 ทำแบบทดสอบ "ตัวเราคืออะไร"	ตอนที่ 1-2 ขั้นการรับรู้ตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี ตอนที่ 3 ขั้นการยอมรับตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี ตอนที่ 4 ขั้นการยอมรับตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี	ขั้นตอนการสอนเรื่องตัวเรา	ขั้นตอนการสอนเรื่องตัวเรา
มีการสอนเรื่องตัวเรา (Burgess, 1980 : 456-459)	ตอนที่ 1 ขั้นการรู้ตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี (Self aware-ness) ตอนที่ 2 ขั้นการยอมรับตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี (Stuart and Sundeen, 1987 : 156 - 157) ตอนที่ 3 ขั้นการรู้จักตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี ตอนที่ 4 ขั้นการยอมรับตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี	ขั้นตอนการสอนเรื่องตัวเรา	ขั้นตอนการสอนเรื่องตัวเรา
ขั้นตอนการสอนเรื่องตัวเรา ตอนที่ 1 ขั้นการรู้จักตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี ตอนที่ 2 ขั้นการยอมรับตัวเราในทางที่ดีและไม่ดี			

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
N : เมื่อกี้เราคุยกันค้างถึงเรื่องอาการง่วงมาก ลิ้นแข็ง น้ำลายไหลบ่อย และการพบหมอของคุณ	การสรุปข้อความที่ผู้ป่วยพูด (Summarizing) เป็นการสรุปให้ผู้ป่วยได้ยินในสิ่งที่เขาเล่ามาทั้งหมด เป็นการตรวจตรากับผู้ป่วยว่าพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ และจะได้สนทนาต่อไปได้	
Pt: อ่อ สำหรับเรื่องลิ้นแข็งและน้ำลายไหล คุณหมอยังบอกว่าถ้าเป็นมากให้ขอยาแก้กับพยาบาล ส่วนอาการง่วงคุณหมอบอกว่า ลดยาลงให้น้อยลงกว่าเดิมอีก และบอกว่าถ้าญาติมาให้หนูกลับไปเยี่ยมบ้านได้ เพื่อปรับตัวเข้ากับครอบครัว ถ้าไม่มีปัญหาก็กลับไปอยู่บ้านได้เลย (พูดจบพร้อมกับยิ้ม)		
N : ดูท่าทางคุณดีใจเมื่อพูดถึงเรื่องกลับบ้าน	การบอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นได้ในตัวผู้ป่วย (Sharing Observation) เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความคิด และความรู้สึกออกมา	
Pt: ดีใจซิคะ อยากกลับไปบ้านไปช่วยแม่ทำกับข้าวใส่บาตร ช่วงเข้าพรรษา เพราะช่วงนี้ที่บ้านหนูจะทำกับข้าวใส่บาตรทั้ง 3 เดือนเลยค่ะ แต่ถ้าง่วงมากอย่างนี้พี่คิดว่าหนูจะกลับบ้านได้ไหมคะ		ผู้ป่วยยังคงกังวลเรื่องง่วงนอนมากอยู่เช่นเดิมทั้งที่พยาบาล แพทย์ ช่วยกันอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแล้ว พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยยังไม่สมควรกลับบ้านเนื่องจากยังง่วงนอนมาก จึงตั้งคำถามให้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง
N : แล้วคุณคิดว่าคุณกลับบ้านได้ไหมคะ Pt: หนูคิดว่าหนูกลับบ้านได้ ถ้าไม่ง่วงมากอย่างทุกวันนี้ อาการอื่น ๆ ของหนู พวกเบื่อ ๆ เศร้า ๆ หรือหนูว่าก็ไม่มี เหมือนเมื่อก่อน ส่วนอาการลิ้นแข็ง	การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้ป่วย (Reflecting) เพื่อสะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและจากการสนทนากับผู้ป่วยทั้ง 5 ครั้งพบว่าผู้ป่วยค่อนข้างจะตัดสินใจอะไรไม่ได้	

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
น้ำลายไหล หมอบอกว่าให้ยาแก้แล้วจะดีขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าหนูไม่ง่วงก็จะกลับบ้านช่วยครอบครัวได้มาก พี่รู้ไหม ช่วงนี้หนูหลับทีไรมักฝันว่าได้กลับไปอยู่ที่บ้าน	ต้องขอความคิดเห็นจากพยาบาลบ่อย ๆ จากภาวะการตัดสินใจไม่ได้เป็น Rang of behavior ที่พบได้ในผู้ป่วยที่เคยมีอาการ depress พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการของฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drug) คือ อาการลิ้นแข็ง น้ำลายไหล สลึมสลือ อาการเช่นนี้ทำให้พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมตลอดเวลา ถ้ามีมากขึ้นต้องรีบปรึกษาแพทย์ (Lego, 1980:78-80)	
N : ดิฉันคิดว่าคุณก็เข้าใจถึงสภาพอาการต่าง ๆ ของคุณได้ดี และจากคำแนะนำของแพทย์ที่คุณเล่าว่าอาการง่วงต่าง ๆ จะค่อยดีขึ้นใน 1-2 อาทิตย์ ถึงช่วงนั้นคุณคงกลับบ้านได้ Pt: พยักหน้า (พร้อมทั้งยิ้ม) N : คุณ:ก: ค่ะ วันพฤหัสอาทิตย์หน้าดิฉันจะขึ้นมาฝึกปฏิบัติงานที่ตึกนี้เป็นวันสุดท้าย และจากนั้นจะย้ายไปปฏิบัติงานที่ตึกอื่น Pt: (สีหน้าสลดลงกว่าเดิม) พี่ไม่อยู่ที่นี่แล้วหนูคงแย่ ถ้าหนูมีปัญหาแล้วหนูจะปรึกษาใคร (เงียบสักครู่) หนูคงไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้พี่เบื่อจนย้ายตึกนะคะ	การให้ข่าวสารข้อมูล (Giving information) เป็นการเตรียมตัวผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงระยะสิ้นสุดของสัมพันธภาพ (Terminating phase) ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลควรกระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัว และพยาบาลจะได้ทราบถึง ปฏิกริยาอันอาจจะเกิดขึ้นในระยะนี้ พยาบาลจะได้ช่วยเหลือได้ จากปฏิกริยาโต้ตอบออกมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการพึ่งพา	รู้สึกกังวลต่อปฏิกริยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อได้ทราบถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนาและปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย	เทคนิค ทฤษฎี หลักการ และเหตุผล	ความรู้สึกและความคิดเห็นของพยาบาล
N : ไม่ใช่หรอกค่ะ แต่เป็นกำหนดการฝึกปฏิบัติงานที่ดิฉันต้องย้ายไปตามตึกต่าง ๆ ตึกละ 1 เดือน และเมื่อดิฉันไม่อยู่ เมื่อคุณมีปัญหา ก็สามารถพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล ประจำตึก หรือเพื่อน ๆ ที่คุณไว้วางใจได้ และถ้ามีปัญหาเรื่องนี้อาทิตย์หน้าเราจะคุยกันอีกนะค่ะ Pt: ค่ะแล้วหนูจะลองทำอย่างที่พี่แนะนำดู N : วันนี้เราได้คุยกันหลายเรื่อง เกี่ยวกับอาการของคุณ การกลับบ้าน และการย้ายสถานที่ทำงานของดิฉัน คุณ ก. ค่ะ เหลือเวลาอีก 15 นาที คุณและเพื่อนๆ ต้องเข้ากลุ่มกีฬากลางแจ้ง คงต้องยุติการพูดคุยใน	พยาบาล (Dependency) และนอกจากนี้การใช้กลไกทางจิต Int~~P~~rojection ก็ยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้อยู่เสมอเมื่อมีปัญหา และจากการสังเกตของพยาบาลพบว่าสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสของผู้ป่วยที่จะได้กลับบ้านนั้นเปลี่ยนไปทันทีเมื่อพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะใกล้สิ้นสุดของสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสีหน้าสลดลงหรือแสดงความรู้สึกเศร้าใจ (Grief) อันเป็นปฏิกริยาตอบโต้ชนิดหนึ่งของการยุติสัมพันธภาพซึ่งพบได้บ่อย ๆ ในระยะนี้ Travelbee (1984 : 35 - 37) อธิบายว่าระยะสิ้นสุดของสัมพันธภาพ พยาบาลซักถามผู้ป่วย ถึงความรู้สึกของการพลัดพรากจากประสบการณ์ พลัดพรากที่ผู้ป่วยเคยได้รับในอดีตซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าการพลัดพราก เป็นของธรรมดาเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนจะได้รับการพลัดพรากก็จะไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และวิตกกังวล พยาบาลควรเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ใหม่ ในเรื่องการพลัดพรากที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตต่อไป การสรุปข้อความเมื่อผู้ป่วยพูดจบแล้ว (Summarizing) การสรุปตอนท้ายของการสนทนา เพื่อตรวจสอบเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเล่าว่าพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้การนัดหมายครั้งต่อไปเป็น	รู้สึกดีใจที่ผู้ป่วยไม่แสดงปฏิกริยาตอบโต้การสิ้นสุดสัมพันธภาพที่รุนแรงจึงทำให้พยาบาลรู้สึกสบายใจขึ้นมาก และสัปดาห์หน้าจะได้สนทนาถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการพลัดพรากต่อไป

๑๖.๑๓.๑๕ ๑๖.๑๕.๑๕	๑๖.๑๕.๑๕	๑๖.๑๕.๑๕
๑๖.๑๕.๑๕	๑๖.๑๕.๑๕	๑๖.๑๕.๑๕
๑๖.๑๕.๑๕	๑๖.๑๕.๑๕	๑๖.๑๕.๑๕

สรุป

จากการสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ซึ่งได้ทราบถึงปัญหาง่วงนอนมากของผู้ป่วยที่ยังคงมีอยู่ ส่วนอาการทางจิตในด้านอื่น ๆ ไม่ปรากฏอาการให้เห็นเด่นชัด เหมือนทุกครั้ง เช่น ความคิดว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความสามารถ ในสัปดาห์นี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการลิ้นแข็ง น้ำลายไหล ในบางครั้งแต่ผู้ป่วยไม่กังวลมากนักเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์แล้ว จากการวิเคราะห์ การสื่อสารชนิดการเขียนการสนทนา และปฏิกริยาท่าทางของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยใช้กลไกทางจิต คือ Introjection จากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยครั้งนี้ คิดว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และได้วางจุดมุ่งหมายในการสนทนาครั้งต่อไปคือ

1. เพื่อยุติสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคิดริเริ่มสร้างสรร และรู้จักพึ่งพาตนเองโดยมองเห็นการพลัดพรากเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต
3. เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่อกลับไปอยู่ในสังคมเดิม
4. เพื่อประเมินความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย

ตัวอย่างการใช้กลไกทางจิตของผู้ป่วยทางจิตเวชที่พบได้บ่อย ๆ

Denial การปฏิเสธ

วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองโดยบอกว่า "ฉันมีอาการเพียงปวดศีรษะและเป็นประสาทเล็กน้อย ไม่ได้เป็นบ้าอย่างคนไข้อื่น ๆ ในโรงพยาบาลนี้"

เหตุผลที่ใช้ เนื่องจากผู้ป่วยยอมรับสภาพผู้ป่วยโรคจิตไม่ได้ กลัวสังคมไม่ยอมรับและในความคิดและเหตุผลที่ผู้ป่วยใช้ดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น

Identification การเลียนแบบผู้อื่น

วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ผู้ป่วยพูดว่า "ฉันเองมีบุคลิกภาพเหมือนพ่อ คืออารมณ์ร้อนหงุดหงิดง่าย แต่ใจดีมีเพื่อนมาก บางครั้งก็โผงผางคล้ายผู้ชาย ก็เพราะต้องรับภาระทุกอย่างภายในบ้าน"

เหตุผลที่ใช้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ชอบบุคลิกภาพของมารดาที่ต้องเป็นช้างเท้าหลังยอมบิดาทุกอย่าง อำนาจการตัดสินใจทุกอย่างอยู่กับบิดา ผู้ป่วยจึงเลียนแบบบุคลิกภาพของบิดาไว้ทุกอย่าง และปัจจุบันผู้ป่วยต้องดูแลกิจการทุกอย่างแทนบิดา และรับภาระทุกอย่างภายในบ้าน ฉะนั้นบุคลิกภาพที่แสดงออกจึงมีลักษณะเหมือนคนก้าวร้าว และ Maniplulate ควบคู่กันไป อันอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องผิดหวัง ในชีวิตสมรสถึง 2 ครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่กับลูกเพียง 2 คน

Displacement การย้ายที่

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 25 ปี ถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเล่าว่าเมื่อเช้าตื่นขึ้นมาเห็นแม่ของตนเองนอนตายอยู่ข้างเตียง ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ฆ่าแม่ตนเอง แต่ตนเองคิดว่าตนเองเป็นคนทำให้แม่ตนเองตายเพราะไม่ได้ดูแลแม่ให้ดีพอ

Projection การโยนความผิดให้ผู้อื่น

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี ถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการหวาดระแวงว่าเพื่อนร่วมงานจะฆ่าตนเอง ผู้ป่วยเล่าว่าเพื่อนร่วมงานมักจะนินทาตนเองลับหลังอยู่เสมอ ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้นินทาเพื่อนร่วมงานเลย แต่เพื่อนร่วมงานต่างหากที่นินทาตนเอง

Rationalization การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 20 ปี ถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ตั้งใจเรียนหนังสือ ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ตั้งใจเรียนหนังสือเพราะอาจารย์ไม่ได้สอนให้ดีพอ

Introjection การโทษตนเอง

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 20 ปี ถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ตั้งใจเรียนหนังสือ ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ตั้งใจเรียนหนังสือเพราะอาจารย์ไม่ได้สอนให้ดีพอ

Manic - depressive Psychosis

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี ถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ตั้งใจเรียนหนังสือ ผู้ป่วยเล่าว่าตนเองไม่ได้ตั้งใจเรียนหนังสือเพราะอาจารย์ไม่ได้สอนให้ดีพอ

ข้อมูลเพิ่มเติม

1. การจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้แก่ผู้รับจ้างทราบ

2. ผู้รับจ้างต้องจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ทันทีภายในวันที่ได้รับหนังสือแจ้งเริ่มงานจากผู้ว่าจ้าง

3. ผู้รับจ้างต้องรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นกับทรัพย์สินของผู้ว่าจ้างหรือบุคคลภายนอกอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของผู้รับจ้าง

ข้อกำหนดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

1. ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงานตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนดทุกประการ

2. ผู้รับจ้างต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุให้แก่พนักงานของตนเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วนตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนด

3. ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานโดยเคร่งครัด

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

1. ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงานตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนดทุกประการ

2. ผู้รับจ้างต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุให้แก่พนักงานของตนเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วนตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนด

3. ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานโดยเคร่งครัด

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

1. ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติงานตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนดทุกประการ

2. ผู้รับจ้างต้องจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุให้แก่พนักงานของตนเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วนตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนด

3. ผู้รับจ้างต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานโดยเคร่งครัด

ไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

- อาจพบโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

2. การตรวจร่างกาย ผลการตรวจร่างกาย จะพบ
   - น้ำหนักตัวกับความสูง ไม่สัมพันธ์กัน
   - การวัดร่างกาย จะพบไขมันมาก
   - พบโรคทางร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด

แผนการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลมีดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึง แบบแผนการควบคุมน้ำหนักตัว
2. ส่งเสริมให้บุคคลปรับปรุงแนวคิดต่อตนเองใหม่ มีภาพพจน์ต่อตนเอง และคุณค่าตนเองดีขึ้น
3. ส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตนในการรักษาควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ตลอดไป

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ภาวะโภชนาการเปลี่ยน : ได้รับปริมาณอาหารมากกว่าความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกถึงนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม
2. ผู้ป่วยพิจารณาตนเองได้อย่างเป็นจริง
3. แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

การพยาบาล	เหตุผล
- ชี้บ่งถึงชนิดอาหาร จำนวนแรงงาน จากอาหารที่ได้รับต่อวัน และบอกถึงนิสัยการรับประทานอาหาร - ทบทวนเหตุการณ์/อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร - เน้นความสำคัญของอาหารที่ได้สัดส่วน	- เพื่อการบันทึกปริมาณอาหารประจำวันได้ถูกต้อง - เพื่อช่วยให้บุคคลเห็นการรับประทานอาหารเป็นไปตามอารมณ์มากกว่าความหิว - การลดอาหารแป้งและน้ำตาลมากเกินไปจะทำให้เกิด Ketosis อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และปวดศีรษะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : แนวคิดต่อตนเองเปลี่ยน : ภาพพจน์ และคุณค่าต่อตนเองไม่ดี

เกณฑ์การประเมิน :

1. แสดงออกถึงการยอมรับสภาพที่เป็นจริง มากกว่าสภาพที่อยากเป็น
2. รู้จักตนเองและรับผิดชอบตนเอง หาข้อมูล และกิจกรรมที่จะช่วยลดน้ำหนักตัว

การพยาบาล	เหตุผล
- สนทนากับผู้ป่วย ให้แสดงทรรศนะ เกี่ยวกับความอ้วน และผลของความอ้วนที่มีต่อบุคคล - สนทนาถึงการแต่งตัว การแต่งหน้า และการแต่งผมเพื่อเสริมสร้างบุคลิกภาพ	- ความอ้วนและการกินจุกจิก มักจะมีรากเง้าจากปัญหาจิตใจ บุคคลที่กินจุกจิกมักจะมีสาเหตุจากความซึมเศร้า ความโกรธ และความรู้สึกผิด - พัฒนาความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และเสริมสร้างภาพพจน์ที่ดี
- ให้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับความอ้วนและการลดความอ้วน	- การรู้จักแหล่งความรู้ และการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ และติดตามวิทยากรใหม่ ๆ

เอกสารอ้างอิง

Doenges, E.M., Townsend, C.M., and Moorhouse, F.M. Psychiatric Care Plan : Guidelines for Client Care. Philadelphia : F.A. Davis Com., 1989.

บรรณานุกรม

จินตนา ยูนิพันธ์. การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย บรรณาธิการ สัมมนาวิชาการเรื่อง มโนมติทางจิตสังคมในการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. 2529.

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. สัมพันธภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2529.

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. สัมพันธภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย : ดรุณี รจกรกานต์ และคณะ บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวช : แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2531.

จารุวรรณ ต.สกุล. จิตวิทยาพื้นฐานเพื่อการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2530.

ดวงใจ กสานติกุล, จีน แบรี่ และ ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์. เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะแนว. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

พยุงจิต วรมุนินทร. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา, 2531.

ลักขณา ธรรมไพโรจน์. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพ ฯ : สุพรการพิมพ์, 2532.

สุวัทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.

Burgess, A. Wolbert. Psychiatric nursing in the hospital and the community. Norwalk Conn : Appleton Lange, 1990.

Doenges, E.M., Townsend, C.M., and Moorhouse, F.M. Psychiatric care plan : guidelines for client care. Philadelphia : F.A. Davis Com., 1989.

Gregg, Dorathy E. The therapeutic role of the nurse. Perspective in Psychiatric Care. 1963.

Haber, Judit. Comprehensive psychiatric nursing. 3nd ed. New York : Mc Graw - Hill, 1987.

Hays, Joyee Samhammer and Larson, Kenneth H. Interaction with the

patient. New York : Macmillan, 1964.

Hofling, Charles K. : Leininger, Madeleine M. and Bregg, Elizabeth. Basic psychiatric concepts in nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1967.

Jean C. Bradley and Mark A. Edinberg. Communication in the nursing context. New York : Prentice - Hall Inc., 1982.

Lewis, G. Nurse - patient communication. 2nd ed. Dubuque : W.C. Brown, 1973.

Peplau, E.H. Interpersonal techniques : the crux of psychiatric nursing. American Journal of Nursing 1962 ; 62 : 53.

Rossiter C. and Pearce, W.B. Communicating personally. New York : Bobbs - Merrill, 1975.

Stuart, W.G., and Sundeen, J.S. Principles and practice of psychiatric nursing. 3nd ed. St,. Louis : The C.V. Mosby Com., 1987.

Travelbee, J. Interpersonal aspects of nursing. Philippines : F.A. Davis Co., 1976.

.....

กระบวนการให้ความช่วยเหลือ

ผ.ศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ

แนวคิดที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตมีแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าผู้บำบัดได้รับการฝึกอบรมโดยยึดแนวคิดใดเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดไหน ความสำเร็จในการให้ความช่วยเหลือต้องอาศัยคุณสมบัติของผู้บำบัดเป็นสำคัญ (Yeo, 1981) องค์ประกอบที่เป็นคุณสมบัติที่สำคัญ คือ องค์ประกอบทางความรู้สึกและองค์ประกอบทางสติปัญญา

องค์ประกอบทางความรู้สึก ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ-ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย การให้เกียรติและการยอมรับในความเป็นบุคคล

องค์ประกอบทางสติปัญญา ได้แก่ การประเมินปัญหา การทำความเข้าใจปัญหา และการใช้วิธีการทางจิตวิทยาการปรึกษา

จึงอาจกล่าวได้ว่าในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ ผู้บำบัดจะใช้คุณลักษณะส่วนตัว ใช้ความรู้และใช้ทักษะทางจิตวิทยาการปรึกษา เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และปรับปรุงการทำหน้าที่ทางสังคมให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ

ในบทนี้จะเสนอแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยยึดแนวคิดจากทฤษฎีภาวะวิกฤตเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการให้ความช่วยเหลือนี้ไม่ใช่สูตรสำเร็จ ผู้ที่จะนำไปใช้จะต้องประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนไป

<u>ขั้นตอนในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ</u>

กระบวนการให้ความช่วยเหลือ อาจจะแบ่งได้เป็น 9 ขั้นตอน คือ

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยแสดงออกและเปิดเผยความรู้สึกที่ขมขื่นปวดร้าว
3. อภิปรายถึงเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤต
4. ประเมินสภาพปัญหาและตรวจสอบปัญหา
5. อภิปรายถึงกลไกการเกิดปัญหา
6. ฟื้นฟูความสามารถในการคิดหาเหตุผลแก้ไขปัญหา
7. วางแผนการแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือ
8. สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา
9. ติดตามประเมินผล

สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ที่ดีจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บำบัดยอมรับผู้ป่วยในความเป็นบุคคลคนหนึ่ง และผู้บำบัดสื่อการยอมรับนี้ โดยแสดงออกทางความรู้สึกและภาษาท่าทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่า ผู้บำบัดสนใจปัญหาของเขาอย่างจริงใจ กระตือรือล้นที่จะให้การช่วยเหลือ นอกจากนี้แล้วผู้บำบัดยังต้องสื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสามารถที่จะเข้าใจปัญหาและสามารถที่จะช่วยเหลือเขาได้

ให้ผู้ป่วยแสดงออกและเปิดเผยความรู้สึกที่ขมขื่นปวดร้าว

หลังจากความสัมพันธ์ที่ดีเกิดขึ้นแล้ว ผู้บำบัดจะต้องให้ผู้ป่วยได้แสดงออกและเปิดเผยความรู้สึกที่ขมขื่นปวดร้าว ทั้งนี้ ผู้บำบัดจะต้องใช้ความอดทนและสามารถที่จะอยู่ในภาวะการบีบคั้นทางอารมณ์ได้ การให้ผู้ป่วยได้แสดงออกและเปิดเผยความรู้สึกที่ขมขื่นปวดร้าวนั้น ผู้บำบัดจะกระทำได้โดยให้การสนับสนุนหรือให้โอกาส ใช้คำถามเพื่อสืบค้นหาความรู้สึกขมขื่น ทำความกระจ่างในความรู้สึก และบางครั้งผู้บำบัดอาจจะต้องให้การเสนอแนะและให้กำลังใจ

อภิปรายถึงเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤต

หลังจากการระบายออกทางอารมณ์แล้ว สภาพทางจิตใจของผู้ป่วยจะเข้มแข็งขึ้น ความคิดเชิงเหตุผลและหาทางแก้ไขปัญหาก็จะดีขึ้น ดังนั้น ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต เพื่อทำความเข้าใจในปัญหา สถานการณ์ และการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นอย่างไร เมื่อใด ภายใต้สภาพการณ์อย่างไร และเขารับรู้ต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร ผู้ป่วยได้พยายามแก้ไขปัญหาอย่างไร ผลการแก้ไขปัญหาเป็นอย่างไร นอกจากนี้ผู้บำบัดยังต้องถามถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อนและ/หรือผู้ร่วมงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว นิสัยการใช้ยา ฯลฯ

ประเมินสภาพปัญหาและตรวจสอบปัญหา

เมื่อผู้บำบัดเข้าใจถึงเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤตแล้ว ขั้นต่อมาคือการทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาโต้ตอบต่อเหตุการณ์นั้น โดยพยายามค้นหาถึงเป้าหมายของพฤติกรรมโต้ตอบนั้น เนื่องจากพฤติกรรมทุกอย่างของมนุษย์มีเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้บำบัดยังต้องประเมินระดับการสูญเสียความสามารถทางด้านอารมณ์และความรู้สึก โดยตรวจสอบสภาพจิต เพื่อพิจารณาการช่วยเหลือให้แรงเสริมและให้การฟื้นฟูความแข็งแกร่งทางจิตใจ

อธิบายถึงกลไกการเกิดปัญหา

ในขั้นนี้ผู้บำบัดต้องเข้าใจและอธิบายได้ถึงแรงกดดันที่สำคัญที่เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ขึ้น การใช้คำอธิบายถึงกลไกการเกิดปัญหาจะเน้นทางความรู้สึกและอารมณ์ และกลไกการเผชิญปัญหา การให้คำอธิบายนี้จะเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยเกิดปัญหา (insight) เข้าใจพฤติกรรมของตนเอง และเข้าใจสภาพปัญหา

ฟื้นฟูความสามารถในการคิดหาเหตุผลแก้ไขปัญหา

การฟื้นฟูความสามารถในการคิดหาเหตุผลแก้ไขปัญหา เป็นกระบวนการที่ผู้บำบัดให้คำอธิบายถึงจุดอ่อนของวิธีการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยใช้ ผู้บำบัดจะอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะวิกฤตที่เกี่ยวข้องกับความหมายของปัญหา และให้เหตุผลว่า ทำไมเขาจึงแก้ไขปัญหาไม่ประสบผลสำเร็จ โดยผู้บำบัดจะใช้เทคนิคของการแปลความและใช้การอธิบายถึงความเกี่ยวพันกับเหตุการณ์ต่าง ๆ

วางแผนการแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยบางคนสามารถแก้ไขปัญหาได้ภายใน การพบเพียงครั้งเดียว แต่บางคนต้องพบกันหลายครั้ง ผู้ป่วยในกลุ่มหลังจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการแก้ไขปัญหาและให้การช่วยเหลือ การตัดสินเลือกวิธีการช่วยเหลือจะพิจารณาจากแรงจูงใจ ความเข้มแข็งและความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่เป็นสำคัญ

สิ้นสุดการแก้ไขปัญหา

หลังจากปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว แต่ผู้ป่วยยังต้องเรียนการแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ต่อไป โดยผ่านกระบวนการทำความเข้าใจตนเอง และคิดถึงแนวทางแก้ไขปัญหาในอนาคตว่า เขาจะแก้ไขปัญหาอย่างไร ใช้วิธีการอะไร จะปรับปรุงตัวเองอย่างไร ด้านใด และจะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่อย่างไร

ติดตามประเมินผล

ขั้นตอนนี้อาจจะอยู่ในขั้นตอนสิ้นสุดการแก้ไขปัญหาก็ได้ การติดตามประเมินผลจะเป็นการประเมินการให้ความช่วยเหลือ และเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้บำบัดจะบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้บำบัดมีความสนใจที่จะติดตามข่าวคราวการดำเนินชีวิตว่าเป็นอย่างไร และถ้าจำเป็นก็อาจจะมีการติดต่อกันอีกในอนาคต

บรรณานุกรม

Carkhuff, R.R. and Berenson, B.G. Beyond counseling and therapy. 2nd ed. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1977.

Carnes, E.F. and Robinson, F.P. The role of client talk in the counseling interview. Educational and psychological measurment. 1948 ; 8 : 635 - 644.

Dixon, L. Samuel. Working with people in crisis theory and practice. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1979.

Ellis, A. New approaches to psychotherapy techniques. Journal of Elinical Psychology. 1955 ; 11 : 208 - 260.

Roger, C.R. Necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of counseling Psychology. 1957 ; 21 : 95 - 103.

Sullivan, H.S. The psychiatric interview. New York : W.W. Norton, 1954.

Truax, L.B., and Carkhuff, R.R. Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago : Aldine, 1967.

Yeo, A. A Helping hand. Singapore : Times Book International, 1981.

.....

[illegible] พยาบาลกับการทำกลุ่ม

[illegible] และไกรวรรณ

ผศ.จินตนา ลี้ละไกรวรรณ

[illegible]

กลุ่มต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการบำบัดมี 3 ชนิดคือ

1. การบำบัดด้วยกลุ่ม (group therapy) เป็นกลุ่มที่กำหนดการพบปะกันโดยมีผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้วมีเป้าหมายในการช่วยให้บุคคลเข้าใจและตระหนักรู้ในตัวเอง ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เรียกกลุ่มชนิดนี้ว่ากลุ่มจิตบำบัด

2. กลุ่มการบำบัด (therapeutic group) เป็นกลุ่มที่นำมาใช้ในการแก้ไขความทุกข์ทางใจอันเป็นผลตามมาจากความเจ็บป่วยทางกาย วิกฤติการของชีวิต หรือการปรับตัว ตัวอย่างเช่น กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มแม่ของเด็กพิการ กลุ่มเลิกเหล้า

3. กลุ่มประกอบการบำบัด (adjunctive group) เป็นกลุ่มที่ใช้กิจกรรมเฉพาะอย่างและเน้นความสนใจเฉพาะเรื่อง เช่น กลุ่มสังคม (social group) กลุ่มกระตุ้นการรับรู้ กลุ่มกระตุ้นประสาทรับสัมผัส กลุ่มเหล่านี้จะใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มอาจจะมีหน้าที่ที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

1. Task role functions งานสิ่งแรกของผู้นำกลุ่มคือ กำหนดความต้องการในการทำกลุ่ม โดยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจัดเตรียมสถานที่ ซึ่งเป็นลักษณะเงียบ ไม่มีคนพลุ่นพล่าน สถานที่ต้องมีเนื้อที่กว้างขวางพอสมควร อากาศถ่ายเทได้ดี

ผู้นำกลุ่มจะทำการคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและวัตถุประสงค์ของกลุ่มสมาชิกของกลุ่มอาจจะมีลักษณะคล้ายคลึงกันทางอายุ พื้นเพ ปัญหาพฤติกรรม ลักษณะบุคลิกภาพ(homogeneous) หรืออาจจะมีลักษณะดังกล่าวแตกต่างกัน(heterogeneous) ลักษณะทั้งสองต่างก็มีข้อดีและข้อจำกัดของมันเอง แต่ส่วนมากแล้วมักจะเลือกสมาชิกที่มีลักษณะแตกต่างกัน จำนวนสมาชิกกลุ่มจะมีขนาดตั้งแต่ 6 - 12 คน

ระยะเวลาในการทำกลุ่มและความถี่ของกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิกและเป้าหมายของกลุ่ม

2. Maintenance role functions ผู้นำกลุ่มมักจะเป็นบุคคลที่สมาชิกกลุ่มรู้จักก่อนที่จะ

มารวมกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ประคับประคองสมาชิกแต่ละคน หน้าที่อีกอย่างหนึ่งของผู้บำบัด คือการสังเกตกระบวนการกลุ่ม ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกแต่ละคน ประเมินการมีส่วนร่วม ในกลุ่มของสมาชิก และประเมินทิศทางของกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ริเริ่ม (active role) และเป็นผู้แนะแนวให้กลุ่มมากกว่าที่จะเป็นผู้ควบคุมกลุ่ม

กระบวนการของกลุ่ม

(Group process)

พลวัตรของปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเล็ก จะมีปรากฏการณ์ของความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหาและกระบวนการของกลุ่ม เนื้อหาของกลุ่ม หมายถึงสิ่งที่พูดถึงในกลุ่ม และกระบวนการหมายถึงสิ่งที่กระทำโดยสมาชิกของกลุ่ม การกระทำในที่นี้ครอบคลุมถึงภาษาพูด และภาษาท่าทาง ได้แก่ น้ำเสียง ระดับเสียง ใครพูดกับใคร ในลักษณะไหน ทั้งเนื้อหาและกระบวนการของกลุ่มจะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ และทำให้เกิดโครงสร้างของกลุ่มขึ้น

ดังนั้นพยาบาลในฐานะของผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้สังเกตกลุ่มจะต้องตื่นตัวต่อความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหาและกระบวนการกลุ่ม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการของกลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การฟัง การอธิบาย การดู และการเลียนแบบผู้อื่น
2. ปัจจัยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้นำกับสมาชิกกลุ่ม
3. ปัจจัยทางด้านการกระทำ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ การแสดงออก และการทดสอบความเป็นจริง

ปรากฏการณ์ในกลุ่มเล็กเกี่ยวข้องกับ

1. ภาวะการเป็นผู้นำ ผู้นำในลักษณะต่าง ๆ จะมีผลต่อปรากฏการณ์ของกลุ่ม ดังแสดงใน ตาราง 1.1

ตาราง 1.1

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการเป็นผู้นำกลุ่มกับพัฒนาการกลุ่ม

ชนิดของผู้นำ	พฤติกรรมของกลุ่ม
1. ผู้นำเป็นเจ้านาย ผู้นำจะวางแผน ควบคุม สั่งการและตัดสินใจโดยอัตโนมัติ	กลุ่มจะเงียบ ปฏิบัติตามที่สั่ง กลุ่มจะมีอิทธิพลน้อยมากต่อสิ่งต่าง ๆ ยกเว้น การเป็นผู้สมยอม

ชนิดของผู้นำ	พฤติกรรมของกลุ่ม
2. ผู้นำเป็นผู้แนะแนว ผู้นำจะวางแผน กวบคุม และกระตุ้นโดยวิธีที่ลาดและไม่โดยตรง	กลุ่มจะเห็นความแตกต่าง เริ่มบ่นและทำการร้องขอ กลุ่มจะมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ กลุ่มจะมีอิทธิพลโดยตรงบ้าง แต่ไม่ค่อยจะมีความรับผิดชอบ
3. ผู้นำเป็นผู้กระตุ้น ผู้นำจะสอน เอื้ออำนวยความสะดวก สร้างความสมดุลย์ และแบ่งปันความเป็นผู้นำ	กลุ่มจะแสดงความคิดเห็น กำหนดขอบเขตและคิดหาวิธีการดำเนินการ กลุ่มจะไม่กำหนดขอบเขตในผลงานและพัฒนาการของสมาชิก กลุ่มจะมีความรับผิดชอบในขั้นต้นใช้การประเมินผลตนเอง กลุ่มมีสปิริต มีความสร้างสรร และผลิตผล

2. ความดึงดูด และความสามารถในการรวมตัวกัน

ในขั้นแรกของการรวมกลุ่ม ความดึงดูดจะเป็นสิ่งแรกที่ทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ขึ้น ความดึงดูดได้แก่ความประทับใจจากสมาชิกคนอื่น ๆ แต่สิ่งนี้ไม่ทำให้เกิดผลผลิตของกลุ่ม หากแต่ก่อให้เกิดการแข่งขัน ความตึงเครียด และการต่อสู้ระหว่างพวกของใครของมัน และหลังจากนั้นความสามารถในการรวมตัว จะเป็นสิ่งที่ตามมา เนื่องจากว่ากลุ่มเริ่มจะมีปัญหา ความสามารถในการเข้าหา จะช่วยให้สมาชิกมีการผ่อนคลาย รู้สึกผูกพันธ์กับคนอื่น และเริ่มที่จะสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในลักษณะธรรมชาติ

3. ตำแหน่ง สถานะภาพและบทบาท

ตำแหน่ง (Rank) เป็นตำแหน่งในกลุ่มที่สมาชิกคนอื่น ๆ มอบหมายให้ ตำแหน่งในกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่ม

สถานะภาพ (Status) เป็นผลรวมของสิทธิและหน้าที่ของบุคคลทางสังคม บางคนอาจจะนำสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีอยู่นอกกลุ่มและอาจจะนำมาใช้ในกลุ่ม เช่น เป็นคนมาจากบ้านเดียวกันเรียนที่โรงเรียนเดียวกัน

บทบาท (Role) เป็นองค์ประกอบด้านพลวัตรของสถานะภาพ ซึ่งจะมีผลต่อสิทธิและหน้าที่ซึ่งสมาชิกของกลุ่มที่ได้มอบหมายให้บุคคลในกลุ่ม

4. ปทัดฐาน (Norms)

ปทัดฐานของกลุ่มเป็นแนวคิดที่ไม่ได้กล่าวออกมาให้ชัดเจนของสมาชิกต่อแนวปฏิบัติที่ควรจะเป็นของกลุ่ม ปทัดฐานของกลุ่มมีความแตกต่างจากเป้าหมายของกลุ่ม

5. กลุ่มย่อย (Subgrouping)

เป็นธรรมชาติที่จะเกิดกลุ่มย่อยขึ้นในกลุ่มทุกขนาดโดยทั่วไป กลุ่มย่อยที่เกิดขึ้นมักจะคิดว่ากลุ่มของตนดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ กลุ่มย่อยที่เกิดขึ้น จะมีผลทั้งในเชิงส่งเสริมและไม่ส่งเสริม พัฒนาการกลุ่มได้

6. การเกาะกลุ่ม (Cohesiveness)

การเกาะกลุ่ม หมายถึงผลของแรงผลักต่าง ๆ ต่อสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้รวมกันอยู่ในกลุ่มแรงผลักต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความผูกพันกับผู้นำกลุ่ม และแรงกดดันจากภายนอกกลุ่ม

ปัญหากลุ่มและการแก้ไข

พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มบางคนอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรคำนึงถึงปัญหาพฤติกรรมบางอย่างและคิดหาวิธีการแก้ไข เพื่อให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในตอนนี้จะกล่าวถึงปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ ในการทำกลุ่ม และวิธีการแก้ไข เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกลุ่มต่อไป

1. สมาชิกไม่พูด

ความเงียบที่เกิดขึ้นในกลุ่มมักจะเกิดขึ้นระยะเริ่มแรก เนื่องจากบุคคลยังลังเลใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม หรือไม่แน่ใจว่าจะพูดอะไร แต่ถ้าความเงียบเกิดขึ้นในระยะหลัง มักจะเกิดจากความโกรธหรือความเหินเฉย

เมื่อมีความเงียบเกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องพิจารณาว่าความเงียบเกิดจากอะไร ผู้นำกลุ่มอาจจะพูดว่า "ไม่มีใครพูด ดูเหมือนว่ามันทำให้ฉันอึดอัด" หรือ "วันนี้กลุ่มเงียบจัง คุณมีความไม่สบายใจหรือเปล่า" และผู้นำกลุ่มสามารถสร้างแรงจูงใจได้โดยแสดงออกถึงความสนใจเขา และแสดงออกถึงการยอมรับเขาหรือผู้นำกลุ่มอาจจะถามสมาชิกในกลุ่มว่า "วันนี้มีใครยังไม่ได้พูดบ้าง"

2. สมาชิกโกรธ

เป็นความลำบากอย่างหนึ่งในการเผชิญกับบุคคลที่แสดงออกถึงความโกรธในกลุ่มและ มักว่าเป็นการ

คุกคามกลุ่ม และทำให้กลุ่มสลายได้ผู้นำกลุ่มจะต้องระมัดระวังการโต้ตอบกับสมาชิกที่มีความโกรธ เพราะสมาชิกคนอื่น ๆ จะสังเกตอย่างใกล้ชิด

ผู้นำกลุ่มจะต้องปรับบรรยากาศของกลุ่มโดยยอมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ไม่ตัดสินพฤติกรรมของเขา แต่จะรับฟังอย่างระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการโต้เถียง การให้คำแนะนำ

3. สมาชิกสร้างอากกำบัง

สมาชิกบางคนหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงประสบการณ์ หรือความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา หากจะพูดถึงหลักการทางวิชาการแทนหรือพูดถึงคนอื่นแทน ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ ตะล่อมเพื่อให้เขาพูดถึงความรู้สึกในที่สุด

4. สมาชิกพูดอยู่คนเดียว

สมาชิกผูกขาดการพูดนับว่าเป็นการคุกคามผู้นำกลุ่มอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับสมาชิกมีความรู้สึกโกรธ ปกติแล้วการผูกขาดการพูดมักจะแสดงอากถึงความวิตกกังวล และปกป้องตนเอง

ผู้นำกลุ่มจะใช้วิธีการตามสมาชิกคนอื่น ๆ ให้พูดถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในกลุ่ม หรืออาจจะ ถามสมาชิกคนที่พูดมากที่สุดในกลุ่มก็ได้

5. สมาชิกที่น่ารำคาญใจ

สมาชิกที่น่ารำคาญใจมักจะเปลี่ยนหัวข้อหรือทำให้การสนทนาหยุดชะงักหรืออาจจะเอาเรื่องตลกมาเล่า

ผู้นำกลุ่มจะพยายามให้สมาชิกตระหนักถึงพฤติกรรมของเขาซึ่งไปขัดขวางความก้าวหน้าของกลุ่ม และกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นทำหน้าที่รักษาหัวข้อเรื่องหรือทิศทางของกลุ่ม

6. สมาชิกเสนอตัวช่วยเหลือ

สมาชิกบางคนมักจะเสนอตัวเองเพื่อให้ความช่วยเหลือกลุ่มเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเป็นคนดี แต่เขามักจะประสบกับความผิดหวังและความโกรธ ทั้งนี้เพราะการเสนอตัวมักจะต้องการความชื่นชอบจากคนอื่น และเขาไม่ได้ดังที่คาดหวัง

ผู้นำกลุ่มจะต้องค้นหาเหตุผล ว่าทำไมเขาจึงทำเช่นนั้น และให้สมาชิกคนอื่น ๆ ให้คำติชม

กิจกรรมกลุ่มบำบัด

(activity group therapy)

กิจกรรมกลุ่มบำบัด เป็นสถานการณ์กลุ่มที่ใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ การอ่านหนังสือ หรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันและกัน กิจกรรมจะถูกใช้เป็นสื่อเพื่อ ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง และความสำเร็จของงาน

กิจกรรมกลุ่มบำบัดยังเป็นสถานการณ์กลุ่มที่ใช้เป็นการฝึกฝนพฤติกรรมใหม่ ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ซึ่งผู้ป่วยจะนำไปใช้ในการปรับตัวใหม่อีกครั้งเมื่อเขาต้องกลับไปอยู่ในสังคมเดิม

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากจะรู้สึกหงอยเหงา และแปลกแยกจากคนอื่น ๆ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดจะช่วยให้เขาได้สังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน และในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะมีโอกาสพัฒนาความรู้สึกที่มีคุณค่าแห่งตนโดยประสบการณ์ในกิจกรรมกลุ่มบำบัด

โดยปกติแล้วในกลุ่มจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 10 - 12 คน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง

หลักการทั่วไป

ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินกลุ่มคือ การสร้างสัมพันธ์ในหมู่สมาชิก โดยผู้นำกลุ่มจะแนะนำตัวเองก่อน และหลังจากนั้นจะให้สมาชิกแต่ละคนได้แนะนำตนเองไปจนครบทุกคน ในการดำเนินกลุ่มผู้นำกลุ่มจะแสดงออกถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และคำนึงถึงศักดิ์ศรีด้วย โดยผู้นำกลุ่มจะต้องเรียกชื่อจริงและมีคำว่า "คุณ" นำหน้าชื่อ หลังจากการแนะนำตัวแล้ว ผู้นำกลุ่มจะนำความสนใจของสมาชิกมาสู่โลกของความเป็นจริง เทคนิคต่าง ๆ จะถูกนำมาใช้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกได้คิดเกี่ยวกับหัวข้อที่เลือกมาสำหรับการทำกลุ่ม

การวาดภาพ

การวาดภาพเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์อันหนึ่ง เนื่องจากศิลปเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความรู้สึก สิ่งที่ครุ่นคิดและประสบการณ์ หลังจากวาดภาพแล้วสมาชิกแต่ละคนจะบรรยายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพที่วาดผู้ป่วยที่จะทำเช่นนี้ได้จะเป็นคนที่มีสมาธิ และสนใจในกิจกรรม ถ้าหากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ผู้นำกลุ่มจะชี้ให้ผู้ป่วยได้รู้ ดังนั้นการชี้ให้เห็นความเป็นจริงจึงจะต้องเน้นในวัตถุประสงค์ของการวาดภาพมากกว่าจะเน้นถึงความคิดฝันที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง

การอ่านคำกลอน

การอ่านคำกลอนนับว่าเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ อย่างหนึ่งในกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพราะว่าจังหวะและรูปแบบของคำสัมผัสที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินแก่ผู้ฟัง และเนื่องจากการออกเสียงในการอ่านคำกลอนแต่ก็ต่างไปจากการอ่านทั่ว ๆ ไป ดังนั้นการอ่านคำกลอนจึงได้รับความสนใจและตั้งใจฟังจากผู้ป่วยมาก หลังจากการอ่านคำกลอนแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้หาวิเคราะห์หัวข้อหรือคำกลอนที่เป็นนามธรรม กิจกรรมในตอนนี้จะช่วยให้ผู้นำกลุ่มได้ประเมินความสามารถในการคิดจากนามธรรมเป็นรูปธรรมได้อีกด้วย

ในระยะที่มีการอภิปรายแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มจะต้องใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายด้วย นอกจากนี้ยังต้องใช้เทคนิคการถาม เช่น การทำความกระจ่าง การใช้คำถามปลายเปิด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก และการให้คำติชม

ระยะสุดท้ายของการดำเนินกลุ่มจะเป็นการสรุปสาระของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจจะให้ผู้ป่วยเป็นผู้กล่าวสรุปก่อน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความจำและความสนใจต่อกลุ่มเพียงไร หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปอีกครั้ง เพื่อให้สาระนั้นชัดเจนขึ้น และก่อนที่จะกล่าวปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะถามความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมในโอกาสต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมกลุ่ม

เพื่อให้นักศึกษาได้แนวทางในการวางแผนการดำเนินกลุ่มจึงขอกล่าวถึงกิจกรรมกลุ่มบำบัดเฉพาะดังนี้

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ (Group Remotivation)

แนวคิด เป็นกลุ่มที่นำความรู้ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยมีมาก่อนมาพูดซ้ำอีกครั้ง โดยยึดหลักของความเป็นจริง ดังนั้นผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้คิดและวิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประสบการณ์เดิมของเขา เช่น การทำกสิกรรม อาชีพ การทำส่วนครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักการเข้ากลุ่มและเพื่อเตรียมตัวสำหรับการเข้ากลุ่มอื่นต่อไป
2. เพื่อฟื้นฟูประสบการณ์เดิม
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดและวิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องที่กำหนด

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม แนะนำตัวเองให้กับกลุ่ม และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวจนครบทุกคนพร้อม

ทั้งบอกชื่อกลุ่มและวัตถุประสงค์ วัน เดือน ปีที่เข้ากลุ่ม รวมทั้งถามสมาชิกถึงกติกาขณะเข้ากลุ่ม

2. นำสู่เรื่อง โดยผู้นำกลุ่มอาจจะนำรูปภาพ ของจริง หรือหุ่นจำลองมาให้ผู้ป่วยได้สังเกต

3. นำสู่การอภิปราย โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นโดยเริ่มจากการวิจารณ์ทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน แล้วจึงนำไปสู่หัวข้ออื่น ๆ ทีละหัวข้อ

4. นำสู่อนาคต โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้พูดถึงแผนการหรือโครงการที่จะนำความรู้ที่ได้จากการอภิปรายไปใช้ในอนาคต เช่น จะนำสิ่งที่อภิปรายนี้ไปใช้อย่างไร และถ้าประสบกับปัญหาเขาจะประสบปัญหาอะไร และจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร เป็นต้น

5. การสรุปผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญของการอภิปราย ถามความคิดเห็นในการเข้ากลุ่มครั้งนี้ ถามความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องในโอกาสต่อไป และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

กลุ่มอ่านหนังสือ (Bioliotherapy)

แนวคิด : เป็นกลุ่มอ่านหนังสือโดยให้ผู้ป่วยเลือกอ่านเอง ตามความสนใจ หรือโดยผู้นำกลุ่มกำหนดข้อความที่อ่านอาจจะเป็นข้อความในหนังสือพิมพ์ นิตยสารหรืออื่น ๆ ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้คิดและวิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องที่อ่านนั้น ๆ เพื่อประเมินความเข้าใจ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อฟื้นฟูทักษะการอ่านหนังสือ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ทันโลก ทันเหตุการณ์
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและวิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องที่อ่าน

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม แนะนำตัวเองให้กับกลุ่ม และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเองจนครบทุกคน

2. ผู้นำบอกชื่อกลุ่มและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม วัน เดือน ปี ที่เข้ากลุ่ม และถามความเห็นสมาชิกถึงกติกาของการเข้ากลุ่ม

3. นำสู่เรื่อง โดยมีผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าเรื่องที่อ่านเพื่อประเมินความเข้าใจและผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิจารณ์หรือแสดงความคิดเห็นต่อเรื่องที่อ่าน

4. การสรุป ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญของเรื่องที่ผู้ป่วยแต่ละคนอ่านถามความคิดเห็นในการเข้ากลุ่มครั้งนี้และความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่สนใจจะอ่านในโอกาสต่อไปและกล่าวปิดกลุ่ม

กลุ่มสอนหนังสือ (Schooling)

แนวคิด : เป็นกลุ่มเสริมสร้างความรู้ให้แนวคิด ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อที่จะได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเป็นการให้ความรู้ ความคิดใหม่
2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและวิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องที่สอน

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม แนะนำตัวเองให้กับกลุ่ม และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเองจนครบทุกคน
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่มและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่สอน
3. นำสู่เรื่อง โดยผู้นำกลุ่มใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม หรือใช้ภาพประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยติดตามเรื่องที่จะสอน
4. นำสู่การอภิปราย โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็น หรือซักถามเกี่ยวกับเรื่องที่จะสอน
5. การสรุป ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญของเรื่องที่สอน ถามความคิดเห็นต่อเรื่องที่จะนำมาสอนในโอกาสต่อไป และกล่าวปิดกลุ่ม

กลุ่มศิลปะและดนตรี (Music and Art Therapy)

แนวคิด : เป็นกลุ่มกิจกรรมทางศิลปะ โดยการวาดภาพ ประดิษฐ์ของชำร่วย ปั้นรูป หรืออื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความสามารถและได้เห็นความสำเร็จ โดยมีเสียงเพลงเป็นสื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้คิด และวิจารณ์ผลงานโดยเน้นความเป็นจริงเพื่อดึงผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยมีสมาธิและความสนใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวคิดอยู่ในความเป็นจริง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม แนะนำตัวเองให้กับกลุ่ม และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวจนครบทุกคน

2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่มและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

3. นำสู่เรื่อง โดยผู้นำกลุ่มอาจจะให้แนวทางในการวาดภาพ หรือตัวอย่างสิ่งประดิษฐ์เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจในกิจกรรม

4. ผู้นำกลุ่มแนะนำการทำกิจกรรม (ถ้าจำเป็น) แล้วให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมให้สำเร็จโดยมีเสียงเพลงให้ผู้ป่วยฟัง

5. นำสู่การอภิปราย โดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิจารณ์ผลงาน โดยอิงความเป็นจริงและให้คำติชมเพื่อให้เกิดกำลังใจและเห็นความสามารถ

6. การสรุป ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญ สอบความรู้สึกในการทำกิจกรรม ถามความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่จะทำในโอกาสต่อไป และกล่าวปิดกลุ่ม

กลุ่มประชุมสมาชิกภายในตึก (Ward meeting)

วัชนี หัตถพนม

แนวคิด

เป็นการพบปะประชุมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรภายในตึก เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบริหารและการรักษา ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการกระตุ้นจากผู้นำกลุ่ม (Leader) ให้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ที่ได้เข้ามาอยู่ในสถานที่นี้ มีความคิดเห็นอย่างไรต่อสถานที่บุคลากร ตลอดจนการรักษาและสามารถพูดได้อย่างอิสระ หากมีปัญหา กลุ่มจะช่วยกันพิจารณาแก้ไข ถ้าทางกลุ่มแก้ไขเองไม่ได้ แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรภายในตึก ทางตึกก็จะช่วยกันปรับปรุงแก้ไขต่อไป

Ward meeting นี้บางแห่งเรียกว่า กลุ่ม T.C.(Therapeutic community Group)

วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม เสนอปัญหาหรือขัดขัดแย้งของการอยู่ร่วมกัน ซึ่งเป็นปัญหาส่วนรวม
2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในตึก
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลด้วยความสบายใจไม่มีข้อขัดแย้งกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันหรือแม้แต่บุคลากรผู้รักษา

วิธีการดำเนินกลุ่ม

มีขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกันกับกลุ่มอื่น ๆ

กลุ่มเตรียมความรู้ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

แนวคิด

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่จำหน่ายกลับบ้าน หลายรายขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนมักปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง (โดยเฉพาะขาดความรู้ในเรื่องการรับประทานยา และการงดเสพสิ่งเสพติด) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งในหลาย ๆ สาเหตุที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ซึ่งจากผลการวิจัยของนางวัชนี หัตถพนม และ คณะ เรื่อง"ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช-ขอนแก่น" เมื่อปี 2529 (วัชนี หัตถพนม และ คณะ, 2529) พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำอีกครั้งในโรงพยาบาลคือ การขาดยา ถึงร้อยละ 63.33

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นมากและรอญาติมารับกลับ จะเป็นการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้วิธีหนึ่ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตนขณะอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ในโรงพยาบาล
3. เพื่อร่วมกันอภิปราย หาทางแก้ไข ปัญหาซึ่งเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านภายในขอบเขตความสามารถของกลุ่มที่จะช่วยได้

เนื้อหาในการให้ความรู้

1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน
2. งดสิ่งเสพติดทุกชนิด
3. การพักผ่อนนอนหลับ
4. การออกกำลังกาย
5. การช่วยเหลือพ่อแม่ทำงานหรือการประกอบอาชีพ
6. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย
7. การปรึกษาหารือผู้ใกล้ชิดเมื่อมีปัญหา
8. และวิธีการติดต่อขอรับยาต่อจากโรงพยาบาลเมื่อยาใกล้หมด

วิธีการดำเนินกลุ่ม

มีขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับกลุ่มอื่น ๆ แต่ช่วงสุดท้ายหลังจากให้ความรู้เสร็จแล้ว จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเสนอปัญหาขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำแก่กลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแก้ปัญหา

นันทนาการบำบัด (Recreational therapy)

แนวคิด

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อรื่นเริงบันเทิงใจ และให้ทุกคนในกลุ่มได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน อยากเข้าร่วมกลุ่ม กลุ่มที่นิยมทำกันมาก คือ การเล่นเกมส์ การเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ รำวง เต้นรำ การร้องเพลง การแสดงต่าง ๆ และการดูโทรทัศน์ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของนันทนาการคือ

1. ผ่อนคลายความวิตกกังวล
2. ได้รับความสนุกสนานและมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับคนอื่น ๆ
3. ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและส่วนรวม
4. ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกันและการติดต่อกับผู้อื่น
5. เพื่อฝึกทักษะการกล้าแสดงออกและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
6. สอนให้รู้จักความสามัคคี รู้แพ้รู้ชนะรู้อภัย

หลักการจัดนันทนาการบำบัด

1. กิจกรรมนั้นต้องอยู่ในขอบเขตความสามารถของผู้ป่วย ไม่ยากไม่ง่ายหรือสลับซับซ้อนเกินไป
2. ไม่ตำหนิผู้ป่วย จะต้องแสดงความพึงพอใจอย่างจริงใจในความสำเร็จของผู้ป่วย
3. ต้องคำนึงถึงความพร้อมของอุปกรณ์และคำนึงถึงความปลอดภัย
4. กิจกรรมทุกชนิดจะต้องเอื้ออำนวยต่อการสังเกตพฤติกรรม
5. พยายามให้ผู้ป่วยได้ช่วยตนเองในกิจกรรมมากที่สุด โดยให้การสนับสนุนให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ

วิธีการดำเนินกลุ่ม

มีขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกันกับกลุ่มอื่น ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มมาก ๆ อาจไม่ต้องแนะนำตัวสมาชิกทุกคนที่เข้ากลุ่ม เพราะอาจเสียเวลามาก

บรรณานุกรม

จินตนา ยูนิพันธ์. กลุ่มบำบัดในหน่วยงานสุขภาพ : สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย บรรณาธิการ. สัมมนาทางวิชาการเรื่อง มโนมติทางจิตสังคมในการพยาบาล. กรุงเทพ : ม.ป.ท., 2529.

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ. เอกสารประกอบการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาล 5. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2530.

เทียมศรี คำจักร. กิจกรรมบำบัดจิตเวช : ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ เล่ม 1. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2533.

วัลลีย์ กนกวิจิตร. Milieu therapy. กรุงเทพ : สมเด็จเจ้าพระยา, 2531.

Lancaster, J. Community mental health nursing an ecological perspective. St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1982.

Luft Josep. The Group process an introduction to group dynanic. California : National Press Books., 1970.

Rasinski, K., Rozensky, R. and Pasulka, P. Practical implications of a theory of the therapeutic milieu for psychiatric nursing practice. JPN and mental health service. 1980 ; 18 : 16 - 20.

.....

เทคนิคการทำกลุ่มจิตบำบัด

ธนิต โคตมะ*

จิตบำบัด

การรักษาชนิดหนึ่งโดยวิธีทางจิตใจ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ หรือมีปัญหาทางจิตใจด้วยการสร้างความสัมพันธ์ หรือมนุษย์สัมพันธ์กับผู้ป่วยบนรากฐานของความเป็น professional ซึ่งเป็นแบบหน้าที่การงาน หรือเป็นแบบอาชีพ คือผู้ป่วยเป็นผู้มารับการรักษา ส่วนผู้รักษาก็คือเป็นผู้ให้บริการและใช้ความสัมพันธ์ เป็นสื่อเพื่อทำให้ผู้ป่วย

- หายจากอาการป่วย ดัดแปลงแก้ไข หรือลดอาการป่วยลง หรือทำให้อาการป่วยทรุดตัวช้าลงกว่าเดิม
- ช่วยลดหรือปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วย
- ถ้าสามารถทำได้ก็ส่งเสริมให้มีการพัฒนาทางด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วย ในลักษณะที่ก่อประโยชน์ยิ่งขึ้น

วิธีการรักษา

จะใช้การพูดจากัน การแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และผู้รักษาแต่สิ่งสำคัญที่สุดก็คือ การสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม และผู้รักษาอันนี้เป็นหัวใจของการรักษานะครับ

- สรุปได้ว่าใช้การพูดคุยสนธนากันอย่างเดียวไม่พอต้องใช้สัมพันธภาพที่ดีร่วมด้วย การสร้างสัมพันธภาพต้องใช้ทั้งคำพูดและท่าที (Verbal and non Verbal) เช่น ถามผู้ป่วยว่า "วันนี้คุณมีปัญหาอะไร" แต่กลับไม่แสดงความสนใจ สิ่งที่ผู้ป่วยเล่ามา หรือเอาแต่ดูนาฬิกาว่าเมื่อไหร่จะหมดชั่วโมงสักทีแบบนี้ไม่ว่าจะเป็นผู้รักษาที่เก่งเพียงใดก็ตาม จะไม่ประสบความสำเร็จ ฉะนั้นคำพูดจะมีน้ำหนักหรือไม่อยู่ที่ท่าทีของคนพูดด้วยถ้ามีคำพูดที่ดี มีท่าทีที่ดีเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจที่ได้พูดด้วย ดีใจที่ได้พูดคุยกับผู้รักษา ซึ่งไม่ค่อยมีโอกาสเช่นนี้นัก ทำให้เกิดศรัทธา มั่นใจ และมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดดีขึ้น เหมาะสมขึ้น และอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของตนให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้

ฉะนั้นผู้รักษาจะต้องสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยให้ได้ โดยทำให้ "บรรยากาศของการรักษา" เป็นไปในทางที่ก่อประโยชน์ การทำจิตบำบัดนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าผู้รักษาสามารถสร้างบรรยากาศของการรักษาได้หรือไม่ ถ้าสร้างไม่ได้จะประสบกับความล้มเหลวไม่ว่าผู้รักษาจะใช้จิตบำบัด school ใดก็ตาม

---

* นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

"บรรยากาศของการรักษา" (Therapeutic Atmosphere) หมายถึงการที่ผู้รักษาสามารถสร้างความอบอุ่น เป็นมิตรสนใจผู้ป่วย ไม่ติเตียนหรือข่มขู่ผู้ป่วย ไม่แสดงอารมณ์โกรธเคือง ผู้ป่วยเต็มใจและสนใจที่จะรักษาผู้ป่วย เคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย พูดจาสุภาพอ่อนโยน ไม่หลอกลวงหรือโกหกผู้ป่วย มีท่าที และทัศนคติต่อผู้ป่วยในทางที่ก่อประโยชน์

บรรยากาศของการรักษาที่ได้อธิบายมานี้ จะต้องเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองและต้องอยู่บนรากฐานของความจริงใจเสมอจะไปแสร้งทำหรือว่าหลอกลวงไม่ได้ เพราะว่าผู้ป่วยนั้นส่วนมากมีความสามารถในการจับ "ความไม่จริงใจ" ได้มากกว่าที่ผู้รักษาคิดไว้เสมอ เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์กับ "บรรยากาศของการรักษา" แล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ามีความหวังมีความอบอุ่น และมีกำลังใจซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะเป็นผลดีในการรักษา

เรามาดูกันว่าผู้ป่วยทางจิตเวชมักมีจุดอ่อนเป็นอย่างไร ผู้รักษาจะต้องทราบจุดอ่อนหรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยทางจิตเวชเสียก่อน ซึ่งจะทำให้ผู้รักษาเข้าใจ ผู้ป่วยได้ถูกต้อง และจะเป็นประโยชน์ในการรักษา

จุดอ่อนหรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

1. **<u>มีความอ่อนไหวง่าย</u>** (Sensibility)

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ จะมีอารมณ์และความคิดอ่อนไหวง่าย วิตกกังวลหวาดระแวงหวาดกลัวอยู่ตลอดเวลา ไม่มากก็น้อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อคำพูดต่ออารมณ์และท่าทีของผู้อื่นมากกว่าปกติ ชอบคิดมาก และเกิดความไม่สบายใจที่สุดทั้งที่ผู้อื่นไม่รู้สึกหรือ ไม่รู้ตัวว่าตนได้ทำอะไรกับผู้ป่วยบ้าง

2. **<u>มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น</u>** (Depen dence)

ผู้ป่วยมักไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องพึ่งพาความคิด คำแนะนำ และการตัดสินใจจากผู้อื่น การขาดความเชื่อมั่นในตัวเองมักพบได้เสมอ หลังเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

3. **<u>รู้สึกตัวเองมีปมด้อย</u>** (Inferiority)

ตามทฤษฎี ของ Alfred Adler นั้นกล่าวไว้ว่า "มนุษย์ทุกคนเมื่อเกิดมาจะมีปมด้อย ถ้าโตขึ้นไม่สามารถแก้ไขปมด้อยได้ก็จะเกิดความผิดปกติทางจิตใจได้ โดยเฉพาะพวกโรคประสาท คนไข้จิตเวชนั้นเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว มักจะมีปมด้อยเสมอ เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมไม่ค่อยจะยอมรับนัก ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่า "เป็นบ้า" "เป็นโรคประสาท" นั้นจะรู้สึกไม่สบายใจ แสลงใจ รู้สึกว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นคนไร้คุณค่า บางรายถ้าได้เรียนรู้มาว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือใช้เวลารักษานานมาก เช่น โรคจิตบางชนิด schizophrenia เป็นต้น ก็ยิ่งจะไปกันใหญ่ และจะเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และเห็นว่าตนเองนั้นหมดค่าในที่สุด บางรายถูกดูถูกเหยียดหยามจากผู้อื่นด้วยซ้ำไป

ถ้าใคร ๆ จะมาโรงพยาบาลจิตเวช มักจะคิดแล้วคิดอีก บางรายปิดบังเพื่อนร่วมงานไม่อยากให้ทราบว่ามารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีอาการทางจิต เพียงแต่มีปัญหาทำให้คิดมาก นอนไม่หลับ หงุดหงิดเท่านั้นเอง เราพบอยู่เสมอว่าผู้ป่วยบางรายจะมี Anxiety เมื่อ discharge ไปจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องมักแสดงความรังเกียจเสมอ บางรายได้รับการรักษาจนอาการเป็นปกติแล้ว เมื่อเราทำหนังสือติดต่อให้ญาติมารับ ก็มักจะไม่มารับ บางรายเขียนจดหมาย มาอ้างเหตุผลต่าง ๆ นานา ที่จะไม่มารับผู้ป่วยบางรายขอร้องให้รับทำงานเป็นลูกจ้างในโรงพยาบาลไปเลย บางรายก็ทอดทิ้งผู้ป่วยไปเลย

4. <u>Feeling of rejection and Unacceptance from other</u>

ผู้ป่วยทางจิตเวชมักจะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครต้อนรับ หรือยอมให้เข้ากลุ่มด้วยไม่มีใครยอมรับความคิดของตน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการ hallucination ที่มีความคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตน เมื่อผู้ป่วยนำความไม่สบายใจในเรื่องนี้ไปปรึกษาใครหรือเล่าให้ใครฟัง ก็จะไม่มีใครเชื่อบางครั้งยังถูกตำหนิติเตียนอีกว่าเป็นพวกโรคประสาท เป็นต้นทั้งที่เป็นอาการป่วยของผู้ป่วยจริง ๆ และก่อให้เกิด Anxiety เสียด้วย แต่ไม่มีใครเข้าใจ

เหตุที่ต้องทราบจุดอ่อนของผู้ป่วยทางจิตเวชก็เพราะว่า (Psychopathology) ที่สำคัญของผู้ป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่ก็คือ "คิดว่าตนเองเป็นคนไร้คุณค่า ถูกทอดทิ้งและไม่เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ฉะนั้นถ้าผู้รักษา (Therapist) สามารถสร้างบรรยากาศของการรักษาได้ดี จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้รักษายอมรับผู้ป่วย เข้าใจผู้ป่วย เต็มใจและจริงใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยจะเลียนแบบ เอาอย่างและทำตัวให้เหมือนผู้รักษาและสมาชิกในกลุ่มที่มีบุคลิกภาพที่ดีกว่าผู้ป่วย ซึ่งเป็นขบวนการ Identification ทั้งนี้ก็เพราะว่ามนุษย์เรานั้นไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ก็ตามมักจะเลียนแบบเอาอย่างหรือทำตัวให้เหมือนกับบุคคลที่เรารัก นิยมชมชอบ และเคารพนับถือเสมอถ้าผู้รักษาเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี บุคลิกภาพดี ผู้ป่วยก็สามารถรับเอาส่วนดี เหล่านี้และนำไปพัฒนาบุคลิกภาพของผู้ป่วยด้วย

<u>วิธีการสร้างบรรยากาศในการรักษาที่ดี</u>

ในการทำกลุ่มนั้นการเริ่มต้น (Orientation) เมื่อเปิดกลุ่มก็มีความสำคัญ จะต้องบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มให้แจ่มชัดให้ผู้ป่วยได้เข้าใจต้อง warm กลุ่มให้ดี ถ้ามีผู้เข้า observe ก็ต้องแนะนำให้สมาชิกในกลุ่มทราบว่าเป็นใคร มาทำอะไร หลังจากที่ให้สมาชิกแนะนำตนเองแล้วเพราะว่าคนเรานั้นจะพูดเรื่องส่วนตัว โดยมีผู้นั่งเฝ้ามองอยู่นั้นมักจะไม่ค่อยกล้าพูด การ Orientation จึงสำคัญมากยกเว้นกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนสมาชิกในกลุ่มเลย มีแต่สมาชิกหน้าเก่า ๆ และเข้ากลุ่มมาหลาย Session จนทราบดีว่า จะต้องทำอะไรกันบ้างกลุ่ม ถ้าเป็นแบบนี้เราก็ไม่ต้องมีการ Orientation เลยก็ได้ โดยพูดถึงปัญหาของสมาชิกเลยก็ได้ แต่ในโรงพยาบาลนี้ลักษณะแบบที่กล่าวมานี้ไม่มีบ่อยนัก เพราะว่าเมื่อผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์จะ discharge เสมอ ฉะนั้นมักจะมีสมาชิกหน้าใหม่ ๆ มาเข้ากลุ่มอยู่เรื่อย เราจะต้อง Orientation ให้สมาชิกทราบหน้าที่ของเขาเสมอ

เทคนิคที่ใช้ในการทำกลุ่มที่สำคัญ

I. **Confession and Ventilation**

การพูด หรือระบายอารมณ์ความรู้สึก จินตนาการ ฯลฯ เช่น พูดถึงความไม่สบายใจ หรือพฤติกรรมที่ไม่ดีต่าง ๆ ออกมา เป็นสิ่งที่มักจะใช้คู่กันไปกับการสารภาพความผิดความไม่ดีของตนเอง ในบางครั้งก็ใช้เป็นการระบายความรู้สึกที่มีอยู่ลึก ๆ ภายในจิตใจด้วย โดยมีผู้รับฟัง (คือ ผู้รักษาและสมาชิกในกลุ่ม) ด้วยความสนใจ เข้าใจ และไม่ว่ากล่าวติเตียนหรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางเสียหาย

ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชจำนวนมาก หรือแม้กระทั่งคนปกติก็ตาม ต้องการพูด ต้องการระบาย ความวิตกกังวล ที่สุ่มแน่นอยู่ในใจ หรือพูดอีกอย่างหนึ่งว่า ต้องการระบายความคับอกคับใจออกมาเสมอ และเมื่อพูดไปแล้วก็หวังเป็นอย่างมากว่า ผู้รักษาและสมาชิกในกลุ่มจะช่วยเหลือเขาได้ และเก็บความลับของผู้ป่วยไว้ด้วย

การที่ได้พูด ได้ระบายความคับอกคับใจ รวมทั้งสามารถพูดถึงสิ่งต้องปกปิด หรือเก็บกดไว้ออกมานี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น โล่งอก โล่งใจขึ้น

เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นนั้น เนื่องจากผู้ป่วยได้พูด ได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้รับฟังซึ่งเท่ากับแบ่งเบา ความรับผิดชอบไปให้ผู้ฟัง พร้อมทั้งได้รับการแนะนำและความเห็นอกเห็นใจจากผู้ฟังด้วยซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าผู้ป่วยไปพูดกับคนอื่น ๆ จะไม่มีใครสนใจที่จะฟัง และไม่เข้าใจผู้ป่วย รวมทั้งอาจจะถูกตำหนิเอาด้วย อันนี้เป็นประสบการณ์ใหม่ พวกที่มี Super Ego ที่เกรี้ยวกราด หยาบกระด้างรักษาวิธีนี้จะได้ผล เพราะว่าพวกนี้ทำอะไรนิดหน่อยก็คิดว่าเป็นความผิด เป็นความไม่ดี ซึ่งเกิดจากถูก Super Ego ลงโทษ

มีบางคนอาจแย้งว่า การระบายอารมณ์ไม่ได้แก้ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งเรื่องนี้ถ้าคิดให้ดีแล้ว การที่ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกออกมา จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น Anxiety ก็ลดลง ผู้ป่วยก็จะสามารถแก้ไขปัญหาของตนได้ดีขึ้นกว่าในขณะที่เขามีอารมณ์ขุ่นมัวหรือในขณะที่มีอารมณ์ไม่ดีนอกจากนี้ยังมี factor อย่างอื่นอีกหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น

1. ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทั้งในระดับที่รู้ตัว และในระดับจิตไร้สำนึกว่า การสารภาพผิดนั้น ถึงแม้จะไม่ถูกลงโทษก็ตาม แต่ก็เป็นพฤติกรรมที่ดีที่ถูกต้อง จึงทำให้ลดความรู้สึกที่ได้กระทำผิดลงไป ตัวอย่างที่แสดงถึงเรื่องนี้คือ การปลงอาบัติของพระสงฆ์และการสารภาพบาปในศาสนาคริสเตียน เป็นต้น หมายความว่า ผู้กระทำผิดจะได้รับการยกโทษ

2. การระบายความไม่ดีหรือการสารภาพผิดนั้น ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ถือว่า เป็นการโยนความรับผิดชอบไปยังผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่ต้องรับผิดชอบ กับพฤติกรรมที่ไม่ดีของตน

3. มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากถือว่า การระบายความไม่ดีหรือการสารภาพความผิดนั้นเป็นการลงโทษชนิดหนึ่ง เมื่อได้รับการลงโทษแล้วก็เท่ากับว่าได้ชดใช้หนี้กรรมชั่วไปแล้ว จึงไม่ต้องกลัวว่าจะได้รับการลงโทษอีก

จาก factor ดังกล่าวมานี้เราพบว่า มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ต้องการพูดถึงความอัดอั้นตันใจที่มีอยู่ในจิตใจ บางคนกล้าหน่อยก็จะพูดถึงสิ่งเหล่านี้ได้โดยไม่ยากนัก แต่ก็มีผู้ป่วยอีกเป็นจำนวนมากที่ขี้อาย ขี้ขลาด กลัว ผู้รักษาและสมาชิกในกลุ่มติเตียนหรือดูถูกดูหมิ่น ในผู้ป่วยประเภทหลังนี้ผู้รักษาจะต้องมีวิธีการพูดที่นิ่มนวล และใช้ประสบการณ์ในผู้ป่วยบางราย

Dynamic ของการได้พูดได้ระบายความรู้สึกที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง ที่อยู่ในจิตใจระดับลึกมาก ๆ นี้มีหลายประการ คือ

1. เป็นการผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์ เพราะว่า การที่คนไข้มี Conflicts ต่าง ๆ ในจิตใจและไม่สามารถพูดออกมาได้นั้นเป็นการเพิ่มความตึงเครียดทางอารมณ์ เพราะฉะนั้นการที่ได้พูดถึงสิ่งเหล่านี้จึงเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดได้โดยตรง

2. การได้พูด ได้ระบายอารมณ์หรือสารภาพความผิดความไม่ดีออกมา โดยมีผู้รักษารับฟังด้วยความเข้าใจไม่ติเตียนว่ากล่าว หรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางเสียหายนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนก็ยังมีคนเข้าใจและเห็นใจอยู่ ไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวอีกต่อไป ยังได้รับการ Support จากสมาชิกในกลุ่มด้วยความเห็นอกเห็นใจด้วยแล้ว ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเช่นว่านี้มากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นไปด้วย

3. ต่อเนื่องกับประการที่ 2 คือ ผู้ป่วยบางรายที่มี Super Ego ที่เกรี้ยวกราด หยาบกระด้างมาก ๆ ก็มักจะลงโทษ หรือตำหนิการกระทำของตนเอง มากเกินความเป็นจริงเสมอ และยังมีความรู้สึกอยู่ภายในจิตใจว่าการพูดกับ Authority (ผู้รักษา) นั้นย่อมจะถูกติเตียน ลงโทษหรือทอดทิ้ง แต่เมื่อผู้รักษาไม่กระทำการดังกล่าว และสมาชิกในกลุ่มบางคนแสดงความเห็นใจสงสารด้วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เข้าใจตามสภาพความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยคิดมากไปเอง ความจริง ความผิดที่ได้กระทำลงไปนั้นหาได้มีความร้ายแรงอย่างที่ผู้ป่วยเคยคิดมาตลอดเวลาไม่ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยคิดว่า ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกลัวว่าตนเองจะถูกลงโทษตลอดไป ทุกคนก็เคยกระทำความผิดมาแล้วทั้งนั้น แต่ว่าผู้ป่วยประเมินค่าของความผิดสูงกว่าความเป็นจริง เหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่าผู้รักษาเป็นบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งซึ่งผู้ป่วย เห็นว่าสูงและมีอำนาจภาษาอังกฤษใช้คำว่า Authority การเป็น Authority นั้น มีความหมายว่า เท่ากับเป็นบุคคลสำคัญ และมีอำนาจเหมือนกับบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ผู้บังคับบัญชา ฯลฯ ของผู้ป่วยเหล่านี้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเคยมีประสบการณ์กับ Authority เหล่านี้ ในวัยเด็กอย่างไรก็จะถ่ายทอดความรู้สึกอันนี้ออกมาด้วย ผู้ป่วยส่วนมากเคยกลัวบุคคลเหล่านี้ลงโทษ หรือตำหนิติเตียนมาแล้วเมื่อมาพบผู้รักษาได้พูดระบายสิ่งต่าง ๆ ออกมาและพูดได้ทุกเรื่อง และผู้รักษาก็ไม่ได้ว่ากล่าวตำหนิติเตียนหรือลงโทษ สิ่งนี้เป็นประสบการณ์ใหม่ ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน เพราะว่า โดยทั่วไปผู้ป่วยเหล่านี้มักจะคาดคะเนล่วงหน้าว่า เมื่อเล่าเรื่องของตนให้ใครฟังจะต้องถูกตำหนิติเตียนว่ากล่าว แต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหาได้เป็นเช่นนั้นไม่ ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

4. การที่ได้พูด ได้ระบาย และสารภาพความผิดอย่างตรงไปตรงมานั้น ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา หรือความผิดของตนอย่างแจ่มชัดยิ่งขึ้น หมายความว่า การที่ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นกับปัญหาของตัวเองตลอดเวลานั้น ทำให้เกิดความคลุมเครือ เลื่อนลาง มืดมน สิ่งนี้ทำให้เกิดความน่ากลัวหรือตกใจกลัวเกินกว่าเหตุ ทั้งนี้ก็เพราะว่าอะไรก็ตามที่เราไม่เข้าใจ หรือคลุมเครือ เลื่อนลาง ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวล และความหวาดกลัวมากกว่าสิ่งที่เราทราบหรือรู้แน่ชัด เช่น ถ้าเราต้องเดินทางไปในที่ซึ่งเราไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้น ย่อมสร้างความวิตกกังวล และหวาดกลัว ได้มากกว่าการที่เราต้องเดินทางไปในที่ซึ่งเราทราบเป้าหมาย และคาดคะเนได้ เป็นต้น เพราะฉะนั้นการที่คนไข้ได้พูด ได้ระบาย สารภาพความผิดทำให้คนไข้สามารถมองเห็นปัญหาของตนเองอย่างแจ่มชัดเจนกว่าตอนที่คิดหมกมุ่นแต่เพียงลำพังผู้เดียว สิ่งนี้เป็นปัจจัยหนึ่งในการที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น นอกจากนั้นเมื่อพูดถึงปัญหาของตนแล้ว ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันในกลุ่มคนไข้นำมาเปรียบเทียบกับปัญหาของตน ทำให้มองเห็นปัญหาของตนเองได้ชัดเจนขึ้น

5. การได้พูดได้ระบาย ได้สารภาพผิดกับผู้รักษาและสมาชิกในกลุ่ม นอกจากจะมีผลทำให้เข้าใจปัญหากระจ่างชัด ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้รักษายังเป็นผู้มองอะไรในแง่ของความเป็นจริงและถูกต้องกว่าคนไข้ เมื่อผู้รักษามีคุณลักษณะดังกล่าว จะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถเลียนแบบ เอาอย่างและทำตัวให้เหมือนกับผู้รักษาหรือสมาชิกบางคนในกลุ่ม ที่มีบุคลิกภาพดีกว่าผู้ป่วย หรือมองอะไรในแง่ของความเป็นจริง และถูกต้องได้ดีกว่าผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดเห็นและทัศนคติที่ถูกต้องตามไปด้วย

6. <u>ประการที่ 6</u> สุดท้าย การที่ผู้ป่วยได้พูด ได้ระบาย ได้สารภาพนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถพูดถึงสิ่งที่ไม่อาจจะพูดกับคนอื่นได้ สิ่งนี้เป็นประสบการณ์ใหม่ของคนไข้ ทำให้กล้าพูดในลักษณะที่ก่อประโยชน์ ซึ่งในกลุ่มนั้นจะเห็นได้ชัดเมื่อผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยคนอื่น ๆ กล้าพูดถึงปัญหาของตนเอง และได้รับประโยชน์ได้รับความเห็นใจ ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องด้วย ตนก็เสี่ยงกล้าที่จะพูดบ้างแต่ก่อนนี้ผู้ป่วยไม่กล้าพอที่จะทำได้ สิ่งนี้ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น และมีการทำอะไรด้วยตนเองมากขึ้น (Spontaneity) ซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษา

มีผู้ให้ความเห็นว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดได้ระบายนี้ เปรียบเสมือนการใช้ยาถ่ายในคนที่ท้องผูกมาก ๆ และไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ ย่อมก่อให้เกิดอาการอึดอัดไม่สบายต่าง ๆ นา ๆ เนื่องจากมีของเสียอยู่ในลำไส้มากเกินไปเมื่อได้ถ่ายของเสียออกมา ได้ก็เท่ากับว่าได้ระบายสิ่งเป็นพิษออกไปทำให้รู้สึกสบายขึ้น ซึ่งหมือนกับการที่คนไข้ได้ระบายความคับแค้นออกไปจากจิตใจทำให้เกิดความสบายใจขึ้น

หลักการทำ Confession และ Ventilation นั้นอนุญาตให้คนไข้พูดทุกสิ่งทุกอย่าง บางครั้งผู้รักษาอาจจะต้องกระตุ้น ชักชวนให้กำลังใจตามสมควรแก่กรณี ฉะนั้นขณะที่ผู้ป่วย Ventilate ออกมาผู้รักษาจะต้อง

1. <u>รับฟังปัญหาของผู้ป่วย</u> (Listening) ฟังสิ่งที่คนไข้พูดออกมา การฟังจะต้องมองหน้าผู้ป่วยด้วยแต่ไม่ใช่จ้องมองตลอดเวลา

2. Interesting ให้ความสนใจในตัวผู้ป่วย และในเรื่องที่ผู้ป่วยพูด การถามและติดตามสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อสำรวจค้นหาเรื่องราวต่าง ๆ ของคนไข้ (Explore) การที่เราตั้งใจและสนใจฟังนั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ผู้รักษาเห็นตนมีความสำคัญ เต็มใจที่จะช่วยเหลือ

3. Accepting ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของเขา อย่าได้คิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเล่านั้นเขาแกล้งทำหรือเสแสร้งสร้างเรื่องราว ให้เราฟังคงไม่มีใครอยากป่วย หรือมาโรงพยาบาลหรอกถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ เพราะว่าเสียทั้งเงิน และเวลา

4. Emotional Controlability ต้องควบคุมอารมณ์บางครั้งผู้รักษาอาจจะหงุดหงิดเพราะงานยุ่ง แม้จะหงุดหงิด ไม่พอใจ เบื่อหน่ายก็ขอให้ระมัดระวังตัว (awareness) นอกจากความหงุดหงิดในเรื่องส่วนตัวแล้ว รวมทั้งบางครั้งเราฟังเรื่องไม่ดีของคนไข้ที่ได้ระบายออกมา เช่น ผู้ป่วยบอกว่าเกลียด พ่อ แม่ เกลียดลูกหรือสามีของตน บางคนกระทำอาชญากรรมข่มขืนกระทำชำเรา เมื่อได้ฟังเราอาจจะรู้สึกไม่ชอบ ไม่สามารถทำใจให้สงบหรือเป็นกลางได้ อันนี้ต้องระวังอย่าได้แสดงอารมณ์ เหล่านี้ออกมามากนัก เพราะว่าผู้ป่วยทางจิตเวชไม่สามารถจะรองรับอารมณ์ดังกล่าวได้ เขาหวังมาให้เราช่วยเหลือแต่กลับมาได้รับความทุกข์ใจเพิ่มขึ้น อันนี้จะเป็นผลเสีย

การให้คนไข้ Ventilate ออกมานี้ต้องขึ้นอยู่กับบรรยากาศของการรักษารวมทั้งท่าทีของผู้รักษาด้วย และการ Ventilate นั้นควรใช้วิธี Free association กับคนไข้ที่สามารถ Free flow ได้ คือพูดได้เนื้อหาสาระบ้าง หรือได้บ้างไม่ได้บ้าง คนไข้ประเภทที่เฉื่อย (innert) ไม่ค่อยพูดหรือพวก depress ก็ดี ผู้รักษาต้องมีลักษณะ Active (มากขึ้น) โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดหรือ quide ผู้ป่วย เพื่อให้เขาได้พูดบ้างผู้ป่วยบางคน เมื่อได้ Ventilate ออกมา เราสามารถสังเกตได้คือ เสียงพูดคุยจะเบาลง และเทคนิค Free flow นี้จะใช้ได้ดีในคนที่ Verbal ในคนไข้ non Verbal นั้น เช่น พวก depress หรือพวก innest พวกนี้จะพูดน้อยหรือสั้น ผู้รักษาต้อง Aetive มากขึ้น

การที่เราให้ผู้ป่วยได้ Ventilate ออกมาโดยการ Free Flow นั้น หมายความว่าสิ่งที่คนไข้พูดออกมานั้นเป็นสิ่งที่เขาคิดอยู่ หรือกังวลอยู่ หรือเป็นสิ่งที่เขาอยากจะพูดถึง จึงสามารถ Free flow ได้การทำเช่นนี้จะเป็นการสร้าง relationship กับผู้ป่วยได้ดีกว่าการ Force คนไข้หรือป้อนคำถามมากเกินไป ขณะเดียวกันก็สามารถทราบ information ของคนไข้ด้วย บางคนอาจทราบข้อมูลช้า บางคนอาจทราบข้อมูลเร็ว และขณะเขาพูดถึงสิ่งที่ไม่สบายใจออกมา เราต้องตามเรื่องราวของคนไข้ไป และควรจะถามในสิ่งที่ต่อเนื่อง กับสิ่งที่เขาเล่าถ้าผู้ป่วยเล่าอย่างหนึ่งแต่ผู้รักษากลับไปถามเรื่องอื่นที่ไม่ต่อเนื่องกับสิ่งที่เขาเล่า อันนี้จะทำให้เสีย relationship

ในคนไข้ที่กำลังมี tension หรืออยู่ในภาวะ Crisis ที่มีอารมณ์โกรธรุนแรง หรือเสียใจมากต่อเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เราต้องให้เขา Ventilate ออกมาก่อนจึงให้สมาชิกในกลุ่มรวมทั้ง ผู้รักษาให้การ Support เขา

พวกคนไข้ Homicide Suicide และ Acute psychosis คนไข้กลุ่มนี้ถ้าเขามี wish หรือมีความปรารถนาที่จะทำสิ่งเหล่านี้ เราให้เขา Ventilate ได้ แต่ถ้าเขาจะ take action ในเรื่องพวกนี้ เราจะต้องไปขัดขวางทันที

ในกรณีที่ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นใน Session แรก ๆ อาจจะเป็นเพราะอาการยังไม่ดี เช่น ผู้ป่วยพวก paranoid ซึ่งไม่ไว้วางใจผู้อื่น ระแวงผู้อื่น หรืออาจจะเกิดเพราะว่า resistance (การต่อต้านกลุ่มมักเกิดขึ้นได้เสมอสำหรับผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มครั้งแรก เพราะว่ายังไม่คุ้นเคยกัน หรือการเจอคนแปลกหน้าครั้งแรกมัก ไม่กล้าพูดเรื่องส่วนตัวเสมอ อันนี้แก้ไขได้ด้วยการ varm กลุ่ม ให้ดีและการใช้คำพูดนั้นผู้รักษาควรพูดว่า "ผมคิดว่า" คราวหน้าคุณคงให้ความคิดเห็นได้มากกว่านี้ หรือกล้าเล่าเรื่องส่วนตัวของคุณให้กลุ่มฟัง" หรือ ผู้รักษามักพูดกับสมาชิกที่ไม่ค่อยกล้าออกความคิดเห็นว่า "ผมทราบว่าบางครั้งคนเราอาจจะไม่อยากพูดถึงเรื่องของตนเอง แต่ถ้าเราพูดถึงเรื่องคนอื่น หรือพูดถึงปัญหาของคนอื่น เรามักพูดได้ และถามต่อว่าคุณรู้สึกอย่างไรบ้างต่อปัญหานี้ ถ้าผู้ป่วยพูดว่า ตอนนี้ไม่อยากเล่าอะไร ผู้รักษาควรพูดว่า "เอาล่ะ เอาไว้ให้คุณสบายใจขึ้น แล้วจึงค่อยเล่าก็ได้" หรือ "ที่คุณไม่อยากเล่านั้นมันเป็นเรื่องส่วนตัวเกินไป และถ้าผมถามเรื่องนี้อาจจะทำให้คุณไม่สบายใจเพิ่มขึ้นใช่ไหมครับ"

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พูดถึงปัญหาของตนเองแต่ให้ความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะในปัญหาของผู้ป่วยอื่น ๆ ได้ ผู้รักษามักจะพูดว่า "คุณก็ให้ความคิดเห็นได้ดีในเรื่องของคนอื่น แต่ถ้าเป็นปัญหาของคุณเองคุณมักจะตื่นเต้นหงุดหงิด และไม่อยากจะพูดถึง อันนี้ควรแก้ไข" หรือ "ที่คุณมีเรื่องไม่สบายใจแล้วเก็บไว้คนเดียว ไม่เล่าให้ใครฟังนั้น ทำไมถึงเป็นอย่างนั้น

ลักษณะของผู้ป่วย schizophrenia นั้น สิ่งที่เขาพูดออกมาอาจจะมีทั้ง Fantasy Fact hallusination หรือการมองโลกผิดไปรวม ๆ กัน รวมทั้งขณะที่พูดไปจะมี Blocking ด้วยคือพูดไปหยุดพูดด้วย อันนี้เราต้องรอฟังเขา ให้เวลาเขาบ้าง

ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายได้ระบายอารมณ์ในสิ่งที่เป็นความกังวล หรือความรู้สึกที่ไม่ดีออกมา เช่น ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อพ่อแม่ เป็นต้น ผู้รักษาควรรับฟังและรักษาหน้าของผู้ป่วยไว้ด้วยจะได้ไม่เกิด Guilt feeling มากเกินไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงคนหนึ่ง มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อมารดาของเขา เพราะว่า บิดา มารดา แยกทางกัน บิดาหนีไปมีภรรยาใหม่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาซึ่งแต่งงานใหม่เช่นกัน ผู้ป่วยจะโกรธมารดาที่มารดาไปสนใจสามีใหม่มากกว่าตน จึงทำการประชดด้วยการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การเที่ยงเตร่ หนีเรียน เป็นต้น ซึ่งในความเป็นจริงนั้นมารดาก็สนใจทั้งสามีใหม่และผู้ป่วยพอ ๆ กัน รวมทั้งสามีใหม่ก็ดีกับผู้ป่วยมาก เมื่อผู้ป่วยได้ Ventilate ความรู้สึกที่ไม่ดีออกมาก็จะเกิด Guilt feeling เพราะว่าเหมือนกับว่าเอามารดามาประจานการรักษาหน้าอาจพูดว่า "การที่คุณมีความรู้สึกในเรื่องนี้ไม่ใช่ความผิดของคุณ คุณมีความรู้สึกเช่นนี้ได้ แต่ในความเป็นจริงมารดาเขายังรักคุณอยู่ พ่อเลี้ยงเขาก็ดีกับคุณ แต่เป็นธรรมดาที่มารดาจะต้องสนใจสามีใหม่ของเขาด้วยเช่นกัน ไม่มีใครสามารถแบ่งความรักออกเป็นส่วน ๆ และให้เท่า ๆ กันได้"

กลุ่มจิตบำบัดในระดับ Supportive นั้น ช่วยผู้ป่วยได้ทุกกรณีเพียงแต่เรารับฟังเขาเท่านั้นก็ถือว่าได้ช่วยให้เขา Ventilate ความอัดอั้นตันใจแล้ว ส่วนการแก้ไข บุคลิกภาพของเขาหรือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นจะแก้ได้หรือไม่ได้เป็นอีกเรื่องหนึ่ง

การทำจิตบำบัดกับผู้สูงอายุนั้นง่ายมาก ผู้รักษาเพียงแต่นั่งฟังเฉย ๆ อย่างตั้งใจก็เพียงพอแล้ว เขาอาจจะพูดถึงความไม่พอใจที่มีต่อลูก - หลาน ญาติพี่น้อง ว่าไม่ดูแลไม่สนใจเขาก็ให้เขา Ventilat ออกมา คนสูงอายุนั้นที่ลูก - หลานจะสนใจดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นพวกมีเงินมีสมบัติ

II. <u>การให้คำแนะนำชักจูงใจผู้ป่วย</u> (Suggestion)

มนุษย์นั้นมักจะมีแนวโน้มที่จะเชื่อฟังผู้อื่น เช่น ถ้าผู้ใดก็ตามพูดเก่งแสดงอารมณ์เก่งเล่นละครเก่ง มักจะมีคนจำนวนไม่น้อยที่คล้อยตาม หรือนิยมเสื่อมใสที่เห็นได้ชัด ก็คือนักการเมืองที่พูดเก่งแสดงอารมณ์เก่ง จะสามารถชักจูง หรือโน้มน้าว ความรู้สึกของคนจำนวนไม่น้อย ให้มีความคิดเห็นคล้อยตามหรือนิยมชมชอบได้ การที่มนุษย์เรามีแนวโน้มที่จะถูกชักจูงได้อย่างนี้ก็เพราะว่ามนุษย์เราเวลาฟังหรือได้ดูการแสดงอะไรก็ตาม เรามักจะรู้สึกตามอารมณ์ของเราเป็นส่วนมาก หาใช่ขึ้นอยู่กับเหตุผลหรือความเป็นจริงไม่

สำหรับผู้รักษาเราก็คือ บุคคลที่เป็น Authority เหมือนกัน ฉะนั้นผู้ป่วยจึงหวังความคุ้มครองและความรักความอบอุ่นจากผู้รักษา ผู้ป่วยหลายคนจะมีความรู้สึกว่า ผู้รักษาเป็น Omnipotent หมายความว่า รู้ทุกอย่างสามารถบันดาลได้ทุกอย่าง และสามารถช่วยผู้ป่วยได้ จึงต้องเชื่อฟัง

การที่ผู้รักษาเป็น Authority นั้น การให้คำแนะนำสั่งสอน จะได้ผลหลายกรณี เช่น ผู้ป่วยมีความวิตกอย่างมากและอยู่ในสภาวะวิกฤติ เป็นต้น ในกรณีอย่างนี้ผู้รักษาอาจจะต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยแต่อย่างไรก็ตาม Suggestion ก็ใช้ไม่ได้ผลในหลาย ๆ กรณี เช่น ผู้ป่วยมีความเฉลียวฉลาดและสามารถเข้าใจการทำงานของจิตใจที่เรียกว่า Psychological Minded ผู้ป่วยประเภทนี้ต้องการการรักษาที่จะช่วยให้เขาเข้าใจตนเองรวมทั้งเข้าใจว่า การที่เขาป่วยหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น เนื่องจากสาเหตุอะไร ซึ่งเรียกว่า Insight การให้คำแนะนำผู้ป่วยประเภทนี้อาจจะไม่ได้ผล ต้องใช้จิตบำบัดชั้นสูง

III. <u>Guidance and Advice</u>

= การให้คำปรึกษา ช่วยเหลือในการตัดสินใจแก่คนไข้ มนุษย์เรานั้น ไม่ว่าจะเป็นคนเข้มแข็งเพียงใด ก็จะต้องมีบางครั้ง บางเวลาที่มีความรู้สึกท้อแท้ อ่อนไหว ไม่สามารถช่วยตนเองหรือตัดสินใจเองได้ และต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือหรือปลอบโยน ฉะนั้น ในผู้ป่วยบางคนจะต้องการ Guidance and Advice

ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยเด็กหรือเด็กวัยรุ่น ผู้ป่วยโรคจิตในบางราย ผู้ป่วยโรคประสาท ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะวิกฤติ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนบางชนิด เป็นต้น แต่ต้องทำในขอบเขตของความพอดี พยายามให้คนไข้ช่วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ในผู้ป่วยที่มีความทะเยอทะยาน มักใหญ่ใฝ่สูง เกินความสามารถของตนเอง ผู้รักษาจะต้องชี้แนะให้ผู้ป่วยทราบว่า ถ้าไม่เปลี่ยนความคิดความรู้สึกแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยต้องตกที่นั่งลำบากตลอดไป แต่อย่างไรก็ตาม ผู้รักษาต้องทราบว่าผู้ป่วยที่มีความทะเยอทะยานสูง มักจะเป็นพวกที่มี Aggressive drive สูง ผู้ป่วยอาจเถียง ปะทะคารมกับผู้รักษาได้ ถ้าไม่ทราบล่วงหน้าอาจจะต้องโกรธเคืองคนไข้ได้บางครั้งเขาหาได้ปฏิบัติตามไม่

Homogenous group, Heterogenous group

กลุ่มจิตบำบัดมีความเห็นตรงกันว่า กลุ่มที่ใช้ควรเป็น Hetero genous group or Homo genous group ตัวอย่าง Homo genous group อายุไล่เรี่ยกัน (วัยรุ่นเหมือนกันหมด) เชื้อชาติเดียวกัน เศรษฐกิจใกล้เคียงกัน หรือมีอาการคล้ายกัน โรคคล้ายกันส่วน Hetero genous group แตกต่างกันตามปกติ เช่น เป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยหลายโรคอยู่ร่วมกัน เป็นต้น และเป็นที่นิยมเพราะจะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันมากที่สุด สมาชิกแต่ละคนจะได้รับการกระตุ้นมากกว่า Homo genous group ทำให้อยากรู้ อยากเข้าใจปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ

Therapist มีข้อสังเกตว่า สมาชิกในกลุ่มมักจะยอมรับการแตกต่างกันของปัญหาและความสามารถในการปรับตัวของสมาชิกแต่ละคน รวมทั้งทดสอบความอดทน ซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ Hetero genous group ยังเหมือนของจริงในสังคมเราด้วยสมาชิกจะสามารถเห็นความบกพร่อง ผิดปกติของสมาชิกคนอื่น ๆ ได้ และสมาชิกคนอื่น ๆ สามารถทนต่อเหตุการณ์นั้นได้ แต่สมาชิกบางคนไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ได้ ซึ่งสิ่งนี้เป็นปรากฏการณ์เรียนรู้ใหม่สำหรับผู้ป่วย แม้ใน Homo genous group นั้น ในกลุ่มสำหรับเด็กวัยรุ่นที่ personality Disorder ก็ดี Sexperversion ก็ดี Drug Abuse, Alcoholism ล้วนก็ดี Schizophrenia ล้วนก็ดี ถ้าพิจารณาให้ดี ๆ จะเห็นความแตกต่างในสมาชิกแต่ละคน เหมือนกับ Hetero genous group อยู่ดี ทั้งนี้เพราะว่า สาเหตุของการเจ็บป่วย Dynamic facter แต่ละคนไม่เหมือนกันอยู่แล้ว ถึงแม้จะได้รับการ Diac ไม่ต่างกันก็ตาม แต่อย่างไรก็ตาม Hetero genous group ควรจะมีหลักเกณฑ์ในการทำกลุ่ม ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม ผู้รักษาต้องคำนึงถึง facter ต่าง ๆ ดังนี้

1. **Diagnostic factors**

ผู้ป่วย Schizophrenia บางคนสามารถเข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยชนิดอื่น ๆ ได้บางครั้ง ผู้ป่วย Neurosis สามารถสอนหรือให้ Reality ผู้ป่วย Schizophrenia ได้ด้วย ส่วนที่ผู้ป่วยที่มี Delusion, Hallucination มาก ๆ ไม่ควรจะนำเข้ากลุ่มที่มีผู้ป่วย Neurosis เป็นส่วนมาก เพราะจะทำให้เกิดความแตกต่างกันมาก แต่ถ้าสมาชิกส่วนใหญ่เป็น schizophrenia เหมือนกันแล้วก็จะได้รับประโยชน์มากกว่า เช่น ผู้ป่วยเป็นชายมีอาการ hallucination พยายามทำให้สมาชิกในกลุ่มเชื่อว่าเขาถูกติดตามทำร้ายจากศัตรูมากมาย ผู้หญิงคนหนึ่งในกลุ่ม (schizophrenia)เช่นกันแต่มีอาการ (Delusion) พูดขึ้นว่า "คุณคิดไปเอง ไม่มีใครเขาติดตามทำร้ายคุณหรอก" สมาชิกคนอื่น ๆ

ก็พากันสนับสนุนหญิงคนนี้ ถึงแม้จะมีความหลงผิดเชื่อว่าตนเองเป็นบุตรของกษัตรย์ แต่ก็ยังสามารถให้ Reality แก่ผู้ป่วยชายได้ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยหญิงคนนี้พูดถึงความหลงผิดของตนเองบ้างก็ถูกสมาชิกคนอื่น ๆ แสดงความคิดไม่เห็นด้วยหรือต่อต้าน เช่นเดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์มากกว่า แต่ถ้าผู้ป่วยมีความหลงผิดในเรื่องเดียวกันแล้ว นำมาเข้ากลุ่ม เกิดต่างฝ่ายต่างสนับสนุนซึ่งกันและกันนั้นไม่ดีแน่หรือ ในคนไข้ depress หรือคนไข้ Affcetive disorder ที่อยู่ในระยะซึมเศร้าแล้วคิดฆ่าตัวตาย ถ้าผู้ป่วยมีความคิด เช่นเดียวกันนี้ 2-3 ราย เกิดสนับสนุนกันขึ้นมาก็เป็นเรื่องไม่ดี ไม่ควรนำเข้ากลุ่ม หรือถ้านำเข้า Leader, co leader จะต้องกันช่วยกันให้สมาชิกคนอื่น ๆ คัดค้าน เพื่อเป็นพยานกันหลาย ๆ คนว่าไม่ควรทำ ผู้รักษาจะต้องมีฝีมือประสบการณ์พอสมควร ฉะนั้นการจะนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มต้องคำนึงถึงเรื่องเหล่านี้ด้วย

2. **Dynanic factor**

เมื่อ therapist สามารถเข้าใจ psycho dynanic ของผู้ป่วยดีแล้วก็สามารถจัดกลุ่มให้มีประสิทธิภาพได้ดี ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยวัยรุ่นชาย มีความขัดแย้งและแข่งขันกับบิดา เราสามารถนำมาเข้ากลุ่มที่มีผู้ป่วยบางคนเป็นบิดาและไม่ลงรอยกับลูกชาย, ผู้ป่วยที่มีมารดาเลี้ยงดูแล Overprotection (ปกป้องมากไป) สามารถนำมาเข้ากลุ่มกับผู้ป่วยที่เป็นมารดามักง่าย การจัดกลุ่มอาศัย Dynamic เป็นหลักเกณฑ์นี้ทำได้กว้างขวางมากจนไม่มีที่สิ้นสุด แต่มีหลักเกณฑ์ว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะเป็นเสมือนกระจกเงาสะท้อนให้ผู้ป่วยด้วยกันเห็นผู้ป่วยทุกคนอาจจะเรียนรู้ชีวิตจริงของตน ถ้าแต่ละคนต่างเป็นแบบจำลองให้กันและกัน เช่น ผู้ป่วยอายุ 50 ปี ติดสุรา เข้ากลุ่มกับผู้ป่วยหญิง (วัยรุ่น) ซึ่งมีบิดา หรือมารดาเป็นคนติดสุรา ก็ให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสะท้อนความรู้สึกของเขาที่มีต่อบิดา - มารดา ที่ติดสุราว่าไม่ดีอย่างไร หรือวัยรุ่นหญิงที่ถูกบิดาทอดทิ้งมาตั้งแต่เด็ก เนื่องมาจากปัญหาการหย่าร้างของพ่อ แม่ โดยพ่อไปแต่งงานใหม่และแม่ก็มีสามีใหม่ เช่นกัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับแม่และพ่อเลี้ยง ซึ่งผู้ป่วยเข้ากับพ่อเลี้ยงไม่ได้ทั้งที่เขาก็ดีกับผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยมีความอิจฉาพ่อเลี้ยงด้วย เมื่อนำมาเข้ากลุ่มกับผู้ป่วยชายอายุ 30 ปี ที่กำลังมีปัญหากับภรรยาเพราะว่า (ไม่ได้รักภรรยาคนนี้) และกำลังจะทอดทิ้งภรรยาของตนกับบุตรอีก 2 คน เพราะกำลังตัดสินใจไม่ได้ว่าจะหย่ากับภรรยาดีหรือไม่ โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงรายนั้นได้เปิดเผยความรู้สึกของเขาที่มีต่อบิดาของเขาเองที่ได้ทอดทิ้งตนไป ว่ามันเจ็บปวดแค่ไหน

3. **Behavior factor**

การศึกษาวิถีชีวิต (life style) และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้รักษาจัดกลุ่มให้มีประสิทธิภาพได้ดีขึ้น ผู้รักษาควรจะเลือกสมาชิกที่มีพฤติกรรมต่าง ๆ ชนิดกัน เช่น ถ้าผู้ป่วยเป็นคนชอบแยกตัวเองไม่ยอมคบค้าสมาคมกับใคร กลัวการใกล้ชิดผู้อื่น (Fear of close relationship) จะได้รับประโยชน์ถ้านำมาเข้ากลุ่มที่สมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มบางคนที่เป็นคนมีลักษณะชอบสมาคมเพราะสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ และ

ในผู้ป่วยซึ่งคิดว่าตนเองหมดหวังไม่สามารถตัดสินใจในปัญหาชีวิตของตนได้ และต้องพึ่งพาคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ถ้านำมาเข้ากลุ่มชนิดที่มี impulsive (การตัดสินใจเร็ว) ในคนไข้หลายคน และสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว (ซึ่งอาจจะผิดหรือถูกได้) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเป็นอิสระเพิ่มขึ้นเพราะมีผู้ตัดสินใจให้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ประเภทนี้จะสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกความคิด อารมณ์และประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ นอกจากนี้ประสบการณ์จากชีวิตจริงซึ่งกำลังมีปัญหา มีความขัดแย้งหรืออยู่ในระหว่างที่พยายามหาทางแก้ไขปัญหา เราอาจจะเอาเรื่องเหล่านี้มาใช้เป็นหลักในการเตรียมกลุ่มได้ เช่น ผู้ป่วยบางคน มีปัญหาครอบครัวทำให้ดื่มสุราแก้กลุ่มจนติดก็อาจจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากคนไข้ที่ติดสุราเนื่องมาจากปัญหาครอบครัวหรือคล้าย ๆ กันบางคนเลิกสุราได้ 6 เดือน 1 ปี ก็เล่าประสบการณ์ของตนให้ฟังว่า สามารถทำได้อย่างไร ด้วยวิธีการใด เป็นการให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันนี้มี หลักอยู่ว่าให้ถามความรู้สึกก่อนแล้วจึงถามความคิดเห็นทีหลัง เช่นผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนจบ ผู้รักษาอาจจะถามสมาชิกคนอื่น ๆ ว่าฟังแล้วรู้สึกอย่างไร (สมาชิกบางคนอาจจะบอกว่ารู้สึกสงสารและเห็นใจ) แล้วถามต่อว่าคุณเคยมีปัญหาอย่างนี้ไหม ถ้ามีเรื่องของคุณเป็นอย่างไรเล่าให้กลุ่มฟังด้วย แล้วถามความคิดเห็นว่า คุณแก้ไขปัญหาของคุณอย่างไร หรือถ้าคุณเป็นเขาคุณจะทำอย่างไร หรือแก้ไขปัญหาอย่างไร เช่น ผู้ป่วยเล่าว่าผิดหวังและเสียใจมากที่สามีมีภรรยาใหม่ ในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ สามีก็มีภรรยาใหม่เช่นกัน หรือเจ้าชู้หรือบางรายได้หย่าร้างกับสามีไปแล้วด้วย ผู้รักษาอาจจะถามว่าคุณใช้เวลานานเท่าใดจึงทำใจได้ และคุณใช้วิธีการอย่างไร

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ไม่ดีต่อพ่อ แม่ ออกมา เมื่อรักษาหน้าของผู้ป่วยไว้แล้วผู้รักษาจะถามความรู้สึกของผู้ป่วยคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่าเขาเคยมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อบิดา มารดาของเขาหรือไม่เพื่อเปรียบเทียบกัน (โดยปกติความรู้สึกเช่นนี้มีกันได้ทุกคน เมื่อถูกพ่อ แม่ ขัดใจหรือไม่ตอบสนอง Need ตามที่ต้องการ หรือพ่อแม่ทอดทิ้ง หรือคนที่มีพ่อ แม่ ชอบลงโทษ ดุด่า โมโหร้าย) ถ้ามีในกลุ่มเราก็สรุปให้เขาฟังว่า ถึงจะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อบิดา มารดาได้ เมื่อเวลาผ่านไปก็จะเห็นว่าบิดา มารดารักลูกทุกคน หรืออาจจะถามความรู้สึกของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีบทบาทเป็นพ่อ เป็นแม่ว่า รักบุตรของตนหรือไม่ ทุกคนต้องตอบว่ารัก ซึ่งเมื่อคนไข้หลาย ๆ คนยืนยันเป็นพยาน ก็จะมีน้ำหนักมากสามารถทำให้ผู้ป่วย เปลี่ยนความคิดได้เป็นการสอน reality แก่ผู้ป่วยที่ reality testing เสียได้ด้วย

คนไข้พวก Neurosis บางครั้งจะ (Cry for help) ร้องขอความช่วยเหลือต้องดูให้ออก เช่น ผู้ป่วยบอกว่าผมกำลังท้อแท้เบื่อหน่าย เป็นต้น เมื่อพบเหตุการณ์ เช่นนี้ เราต้องแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกอื่น ๆ ว่าคุณเคยมีความรู้สึกผิดหวังหรือท้อแท้ในชีวิตมาก่อนหรือไม่ (ผู้ป่วยส่วนมากมักมีเรื่องวุ่น ๆ ในชีวิตครอบครัวเสมอ และทำให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายได้) ถ้ามีเล่าให้ฟังซิว่า เคยหมดหวังท้อแท้อย่างไร เรื่องอะไร คุณเอาชนะมันได้อย่างไร ด้วยวิธีการใด

ในผู้ป่วยซึ่งมีประสบการณ์ในชีวิตเช่น เคยแต่งงานแล้ว เคยหย่าร้างก็สามารถทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ที่กำลังอยู่ในระหว่างตัดสินใจได้รับข้อมูลความคิดเห็นในเรื่องเหล่านี้ ซึ่งจะช่วยตัดสินใจได้ถูกต้องยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามวิถีชีวิตและพฤติกรรมของคนเรานั้นย่อมจะแตกต่างกันเสมอ การที่จะนำผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม ผู้รักษาจะต้องคิดแล้วว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยภายในกลุ่มจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันยังก่อให้เกิด Curative fector ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบปัญหาของผู้อื่น เกิด inisight ว่าเขาไม่ใช่คนเดียวที่มีปัญหาคนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเช่นกัน

4. **Sexual factor**

ปัจจัยตัวนี้ ผู้ป่วยไทยมักจะไม่พูดถึงกัน ถึงพูดก็น้อยครั้งมาก อาจจะเป็นเพราะสาเหตุทางด้านวัฒนธรรมที่ไม่ค่อยพูดถึงกันแต่จะเล่าให้ฟังเท่านั้น คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดมักจะมีปัญหาในเรื่องเพศในรูปใดรูปหนึ่งเสมอการที่มี Sexual canflict นี้มีสาเหตุมาจากสาเหตุทางจิตใจหรือมาจากความรู้หรือการศึกษาที่ไม่ถูกต้อง สาเหตุ 2 ประการนี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมาก การนำผู้ป่วยเข้ารักษาในกลุ่มนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้รักษาได้เรียนรู้ว่าความผิดนี้เกิดจากสาเหตุทางจิตใจหรือเกิดจากการศึกษาหรือได้ความรู้มาไม่ถูกต้อง หรือทั้ง 2 อย่างรวมกันถ้ามาจากการศึกษาหรือความรู้ไม่ถูกต้องและเมื่อได้รับความรู้ที่ถูกต้องแล้วยังแก้ปัญหาไม่ได้ก็จะต้องใช้การทำจิตบำบัดเข้าช่วยตัวอย่างเช่น คนทั่วไปทราบว่าการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองนั้นเป็นเรื่องธรรมดาแต่ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกว่าได้กระทำผิดหรือทำไปแล้วมักสำนึกว่าเป็นเรื่องไม่ควรทำหรือรู้สึกผิด หลังจากการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองแล้ว ความรู้สึกผิดหรือความสำนึกว่าเป็นสิ่งไม่ควรทำนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย หรืออาจจะสืบเนื่องมาจากผลของ trauma ที่บังเอิญเกิดพร้อมการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เช่น ทำให้มารดาเห็นแล้วถูกลงโทษอย่างแรง หรืออาจมีจินตนาการขณะ masturbate ในทางที่ไม่ดี

ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม การนำเรื่องนี้มาพูดกันอย่างเปิดเผยในบรรยากาศแห่งความเข้าใจเป็นมิตร จะทำให้ความรู้สึกผิดลดลง หรือทุเลาลงอย่างรวดเร็วในทำนองเดียวกันสมาชิกคนอื่น ๆ อาจจะมีประสบการณ์ทางเพศทั้งพฤติกรรมปกติ หรือพฤติกรรมผิดปกติ เมื่อนำมาพูดในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันก็จะทำให้สมาชิกเข้าใจในสิ่งที่ถูกต้อง

จากประสบการณ์มักพบว่า คนไข้บางคนซึ่งเคยถือว่า พฤติกรรมทางเพศบางอย่างเป็นสิ่งที่ผิดปกติแต่สมาชิกคนอื่น ๆ กลับรู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดา ก็จะทำให้ความรู้สึกผิด หรือละอายลดลงไปได้ เช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งเป็นหญิง อายุ 40 ปี ที่มีความรู้สึกผิดหรือความละอายเป็นอย่างมากที่ตนได้เสียท่าแก่หัวหน้า ทั้งที่หัวหน้ามีภรรยาอยู่แล้วและได้บีบบังคับจนได้นอนกับผู้ป่วยและผู้ป่วยก็มีสามีและลูกอยู่แล้วความรู้สึกผิดมีอยู่ในใจประกอบกับคนที่ทำงานก็ชอบพูดล้อเลียน ตำหนิผู้ป่วยบ่อย ๆ ในเรื่องนี้จึงมีความละอายมาก เมื่อนำเรื่องนี้มาพูดในกลุ่มโดยให้ผู้ป่วย Ventilate ความรู้สึกผิดอันนี้ออกมาและสมาชิกคนอื่น ๆ ก็ช่วยกัน Support ปลอบใจว่า เราไม่ได้ตั้งใจกระทำไปไม่กี่ครั้งก็ไม่

ใช่สิ่งที่น่าละอายนักและจะไม่ทำอีกเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ความรู้สึกผิดก็จะลดลงได้ โดยเฉพาะสามีและบุตรก็ทราบ และให้อภัยด้วยการนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มย่อมดีกว่าการรักษาตัวต่อตัว เพราะว่าในกลุ่มมีพยานหรือสมาชิกให้ความสนับสนุนมากกว่ามีตัวอย่างประสบการณ์มากกว่าและยังทำให้เกิดการเรียนรู้จากคนอื่น ๆ ในกลุ่มได้ (Educational affect)

ในบางกรณี เช่น ในเรื่อง Homosexual การใช้กลุ่มประเภทผู้ป่วยเรื่องเดียวกัน (Homogenous group) ผู้ป่วยน่าจะได้รับประโยชน์มากกว่ากลุ่มที่มีผู้ป่วยหลายชนิดอยู่ด้วยกันเพราะว่าบางครั้งการนำผู้ป่วยมาพูดเรื่องนี้ในกลุ่ม ที่มีคนไข้ประเภทอื่น ๆ อาจจะได้ผลไม่ดี เพราะว่าผู้ป่วยบางคนอาจรังเกียจ หรือมีอคติต่อผู้ป่วย Homosexual (สังคมยังยอมรับผู้ป่วยประเภทนี้ไม่มากนัก) มากเกินไปอาจประนามพฤติกรรมดังกล่าวด้วยในผู้ป่วยบางราย แต่ถ้าไม่มีปัญหาเหล่านี้ ก็สามารถนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่มีผู้ป่วยหลายชนิดได้ (จากประสบการณ์เราเคยมีผู้ป่วย Homosexual เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ก็ไม่มีผู้ป่วยคนอื่น ๆ แสดงอาการรังเกียจให้เห็นอาจเป็นเพราะกลัวผู้รักษาไม่พอใจก็เป็นได้) เป้าหมายของการรักษาพวกนี้อาจจะให้คนไข้ปรับตัวให้เป็น Heterosexual หรือให้ยอมรับสภาพ Homosexual ต่อไปถ้าเปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือคนไข้ไม่ยอมเปลี่ยนผู้รักษาต้องคำนึงถึงเรื่องนี้ให้ดีก่อนทำกลุ่ม

จากประสบการณ์พบว่า ผู้ป่วยที่เป็น Heterosexual ส่วนมากนั้นจะสามารถรับฟังพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติชนิดอื่น ๆ ได้ดีตามสมควรแต่ว่ามักจะบีบบังคับผู้ป่วย Homosexual ให้เปลี่ยนเป็น Heterosexual ให้จงได้และถ้าผู้ป่วยมีความต้องการเปลี่ยนเป็น Heterosexual อยู่แล้วก็จะได้รับผลดีแต่ก็ต้องคิดอยู่เสมอว่า สมาชิกในกลุ่มอาจจะบีบคั้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเร็วเกินไปหรือมากเกินไปจนผู้ป่วย Homosexual ทนไม่ได้หรือตั้งตัวไม่ทัน ซึ่งน่าจะทำให้เกิด Anxiety มากกว่า ในกรณีเช่นนี้ ผู้รักษาจะต้องช่วยผู้ป่วยและหาทางลดความรุนแรงของการบีบคั้นทางอารมณ์ให้ลดลง ในขนาดที่พอจะทนกันได้ มิฉะนั้นอาจจะเกิดผลร้ายตามมา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงจาก Homosexual แต่ต้องการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเดิมที่ตนเป็นอยู่ ผู้รักษาจะต้องมั่นใจว่าสมาชิกคนอื่นในกลุ่มจะไม่บีบให้ผู้ป่วยเป็น Heterosexual และให้ความช่วยเหลือ ในลักษณะที่ผู้ป่วยต้องการในปัจจุบันนี้สังคมยอมรับผู้ป่วย Homosexual มากขึ้น กว่าแต่ก่อนบ้างแล้ว ฉะนั้นผู้ป่วย Heterosexual ที่เข้ากลุ่มก็สามารถยอมรับผู้ป่วย Homosexual ได้ดีกว่าเดิม แต่อย่างไรก็ตามก็ไม่มีข้อห้ามหรือบ่งชี้ในการนำผู้ป่วย Homosexual เข้ารับการรักษาใน Heteroqenous group แต่สิ่งที่กล่าวมานี้จำเป็นต้องคำนึงถึงด้วย ด้วยเหตุนี้ผู้รักษาบางท่านจึงนิยมนำผู้ป่วย Homosexual เข้ากลุ่มแบบ Homogenous group ก่อนถ้าผู้ป่วยพร้อมจะเข้า Heterogenous group แล้วจึงนำเข้าทีหลัง

5. ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยที่มีฐานะทางการเงินและสังคมต่างกัน สามารถนำมาเข้ากลุ่มเดียวกันได้ ความแตกต่างนี้จะทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งประสบความสำเร็จมี

ฐานะดีพอควร แต่มีความวิตกกังวล หรือน้อยใจว่าตนมีการศึกษาไม่มากจบเพียง ป.6 ทั้งที่เพื่อนรุ่นเดียวกันเรียนสูง ๆ ทั้งนั้น ถ้านำมาจับคู่กับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลหรือน้อยใจว่าตนเองฐานะการเงินไม่ดี ซึ่งกำลังมีปัญหาเพราะว่าเรียนวิทยาลัยครู (ระดับปริญญา) ผู้รักษาก็จะช่วยให้ผู้ป่วยทั้ง 2 คนนี้ให้มีปฏิกิริยาแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์ซึ่งกันและกันในลักษณะที่ก่อประโยชน์ได้

ผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติศาสนาแตกต่างกันก็สามารถนำมาเข้ากลุ่มด้วยกันได้ ในทางปฏิบัติผู้รักษาควรจะหาสมาชิกที่มี Background คล้ายกันอย่างน้อย 2 คน มาเป็นเพื่อนกันเหตุผลคือสมาชิกที่มีภูมิหลังเดียวกันนี้จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถทนต่อการที่ตนเองเป็นชนกลุ่มน้อยในกลุ่มได้ ในการทำกลุ่มเช่นนี้ผู้รักษาจะต้องบอกสมาชิกตั้งแต่ต้นว่าไม่ว่าจะมาจากเชื้อชาติ ศาสนาแตกต่างกันจะมีความเสมอภาค และเท่าเทียมกัน เป็นการให้เกียรติแก่ทุกคนในกลุ่ม ที่พบในการทำกลุ่มมักเป็นพวกมุสลิม หรืออิสลามซึ่งเกิดในเมืองไทยมีความรู้สึกเป็นคนไทย เรื่องนี้จึงไม่ค่อยมีปัญหา

ในกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่ยากจน เช่น เป็นชาวไร่ ชาวนา แต่ผู้รักษาเป็นผู้ที่มีฐานะปานกลางนั้น ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีความรู้สึกว่าผู้รักษาอาจจะไม่เข้าใจผู้ป่วย เพราะว่ามีฐานะแตกต่างกัน ในกรณีนี้การนำผู้ป่วยเข้ากลุ่มยังดีกว่าการรักษาแบบ 1:1

อายุ

ผู้รักษาส่วนมากมีความเห็นว่า ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้ใหญ่ควรมีอายุระหว่าง 20-50 ปี การที่มีอายุแตกต่างกันขนาดนี้จะทำให้เกิด Pattern ดังต่อไปนี้

Parent - Child

Brother - Sisters model

การทำเช่นนี้ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยชายอายุ 22 ปี ได้เข้าร่วมกลุ่มกับผู้ป่วยหญิงอายุ 49 ปี ผู้ป่วยคนหลังมีท่าทางชอบใช้อำนาจกับบุตรชายดุ ตี ถ้าไม่เชื่อฟัง เช่น บังคับไม่ให้ไว้ผมยาว ไม่ยอมปล่อยให้เป็นตัวของตัวเอง จึงมีปัญหากันอยู่ตลอดเวลา ส่วนผู้ป่วยหนุ่มก็มีปัญหากับมารดาของตน โดยไม่ยอมพูดกับมารดาเลย เป็นเวลานาน เมื่อเข้ารับการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 คน สามารถแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกันได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้ แต่บางครั้งอาจจะมีการขัดแย้งกันในกลุ่มได้ ผู้รักษาและสมาชิกคนอื่น ๆ มีส่วนคลี่คลายปัญหาระหว่างคนทั้ง 2 ได้ หรือผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี ชอบดื่มสุรา และมักดุด่าบุตร ภรรยา ถ้าภรรยาเถียงก็จะใช้เสียงดังบางครั้งถึงกับตบตี บุตร และภรรยากลัวผู้ป่วยมาก ตอนหลังมีเรื่องชกต่อยกับคนอื่นจนเรื่องถึงสถานีตำรวจเมื่อเข้ารับผู้รักษาได้ให้ ผู้ป่วยหญิงอีกคนหนึ่ง ได้สะท้อนความรู้สึกของตนที่มีสามีเป็นคนชอบดื่มสุรา เข้าสังคมออกมาผู้ป่วยหญิงเล่าว่าสามีเป็นทนายความ เป็นอาชีพที่ต้องเข้าสังคมต้อนรับลูกความเพื่อนฝูง และได้ทอดทิ้งตนเองไม่สนใจ ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกอันนี้เปรียบเสมือนเป็นตัวแทนของภรรยา ที่มีต่อสามีขี้เมาของเธอขณะเดียวกันผู้ป่วยชายอายุ 20 ปี อีกคนหนึ่งซึ่งมีอาการชัก และครอบครัวของเขาก็มีบิดาดื่มสุรา เช่นกันและมี

เรื่องขัดแย้งทะเลาะเบาะแว้งระหว่าง บิดา มารดา เป็นประจำด้วย เขาสะท้อนความรู้สึกของเขาออกมาว่าไม่ชอบบรรยากาศแบบนั้น ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยชายคนนี้ก็เป็นตัวแทนของบุตรเขา เช่นเดียวกันในการทำกลุ่มที่เป็นผู้ใหญ่ (adult group) ผู้รักษาจะต้องระวังถ้ามีผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกันมาก ๆ อยู่ในกลุ่มคนเดียว เช่น ถ้านำผู้ป่วยหญิงอายุ 50 ปี เพียงคนเดียวมาเข้ากลุ่มที่มีผู้ป่วยอายุ 20-30 ปีแล้ว จะทำให้เกิด transference ในลักษณะ mother surrogate reaction (ปฏิกิริยาต่อตัวแทนของแม่) กับสมาชิกทั้งหมด การทำเช่นนี้อาจจะได้ผลดีในบางครั้งถ้าผู้รักษาสามารถคุมเกมส์ได้ แต่ถ้าบังเอิญผู้ป่วยที่มีอายุ 20-30 ปี เล่านี้ 2-3 คน มีมารดาซึ่งเป็นคนโมโหร้ายเหมือนกัน คนไข้อาจจะช่วยกันโจมตีผู้ป่วยสูงอายุเพียงคนเดียวจนอาจจะทำลายการรักษาเลยก็ได้

สำหรับคนไข้เด็กและเด็กวัยรุ่น ควรจะรักษาในกลุ่มที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันในบางกรณี เด็กวัยรุ่นบางคนอาจได้รับประโยชน์ได้ถ้านำมาเข้ากลุ่มที่สมาชิกส่วนมากเป็นผู้ใหญ่แต่ไม่ควรให้มีเด็กวัยรุ่นเพียงคนเดียวในกลุ่มควรจะมีเด็กวัยรุ่นคนอื่นอยู่ด้วย เพราะว่าวัยรุ่นมักต้อง การ Constructive peer experience (แลกเปลี่ยน, สังสรรค์กับเพื่อนวัยรุ่นด้วยกัน) เช่น มีผู้ป่วยคนเดียวที่มีอายุ 20 ปี นอกนั้นส่วนใหญ่มีครอบครัวกันหมดแล้ว อายุก็ 30-40 ปีทั้งนั้น ผู้ป่วยคนนี้จึงเงียบไม่ค่อยกล้าที่จะพูดถึงอาการ paranoid state ของตนเองที่ว่ามีคนแอบมองเขาในทางไม่ดี นอกจากนี้วัยรุ่นส่วนมากมักจะมีปัญหากับ Authority อยู่แล้ว ฉะนั้นการนำวัยรุ่นเข้ากลุ่มที่เต็มไปด้วยผู้ใหญ่จึงทำให้เกิด Anxiety มากกว่า บางคนจึงใช้วิธีเงียบไม่ค่อยพูดบางคนอาจทนไม่ไหวเลยก็ได้

ในกลุ่มที่เด็กวัยรุ่นมีเพื่อนอยู่ด้วยบ้าง หรือเป็นวัยรุ่นล้วน ๆ จะสามารถแสดงความรู้สึกต่อ Anthority ได้ดีขึ้น และยังได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนวัยรุ่นด้วยกัน

ที่กล่าวมานี้ไม่ได้หมายความว่า วัยรุ่นจะเข้า adult group ไม่ได้เลยเพียงแต่ต้องการเตือนว่า ก่อนนำเด็กวัยรุ่นเข้ากลุ่มผู้ใหญ่นั้น ผู้รักษาต้องพิจารณาดูว่าจะเกิด peer experience ในกลุ่มหรือไม่ ถ้าไม่มี peer experience ในกลุ่มอาจจะเป็นเพราะไม่มีผู้ป่วยในวัยเดียวกันหรือใกล้เคียงกันเลยก็ไม่ควรนำเข้ากลุ่มที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด

Size

= ขนาดของกลุ่ม ที่ใช้ได้ผลดีนั้นควรจะมีสมาชิกตั้งแต่ 3-15 คน แต่ผู้รักษาส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีสมาชิก 8-12 คนเหมาะสมที่สุด เพราะว่าในกรณีที่มีสมาชิกน้อยเกินไป ปฏิกิริยาที่มีต่อกันก็น้อยลงด้วย ถ้ากลุ่มใหญ่เกินไปปฏิกิริยาระหว่างสมาชิกต่อกันอาจมากเกินไปจนควบคุมไม่ได้หรือสับสนเรื่องจำนวนสมาชิกในกลุ่มนี้ ผู้รักษาทั้งหลายยังมีความเห็นไม่ตรงกัน ประสบการณ์ของผู้รักษาเองจะบอกให้รู้ว่า จำนวนสมาชิกจะเป็นเท่าใดจึงจะได้ผลดีที่สุด นอกจากนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการของผู้รักษาแต่ละคนด้วย

ในบางกรณีขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับชนิดของผู้ป่วยด้วย เช่น ในกลุ่มมีสมาชิกที่พูดมากและก้าวร้าวแย่งคนอื่นพูดเสียหมด ขนาดของกลุ่มอาจจะต้องโตขึ้นเพื่อจะได้ต่อต้านหรือพรางคนที่พูดมากแย่งคนอื่นพูดหมดแต่ถ้าสมาชิกประกอบด้วยพวก withdrawal เป็นส่วนใหญ่จะต้องให้สมาชิกที่ช่างพูดเสริมเข้าไปเพื่อให้กลุ่มมีปฏิกิริยาต่อกันมากขึ้นและผู้รักษายังสามารถดึงคนที่ช่างพูดมาเป็น Go leader ได้โดยไม่รู้ตัวกลุ่มที่น่าจะได้ผลควรจะไม่โตจนเกินไป และสมาชิกต้องประกอบด้วย คนที่ช่างพูด และคนพูดน้อยเพื่อจะทำให้เกิดความสมดุลย์ในการที่สมาชิกจะมีปฏิกริยาต่อกัน

Frequency of session

กลุ่มควรจะพบกันบ่อยแค่ไหนส่วนมากจะทำอาทิตย์ละ 1 ครั้ง สิ่งที่สำคัญยิ่งคือ การทำกลุ่มต้องทำต่อเนื่องเสมอ ถ้าหัวข้อที่พูดกันครั้งที่แล้วเป็นเรื่องสำคัญมาก และผู้ป่วย Ventilate ยังไม่หมดก็ต้องนำมาพูดกันอีก ผู้รักษาส่วนใหญ่ถือว่า กลุ่มจะไม่ได้ผลถ้าขาดการกระทำที่ต่อเนื่อง ฉะนั้นถ้า leader ไม่ว่างลาป่วยพักร้อน ก็ควรจะสนับสนุนการทำกลุ่มโดยไม่มี leader ก็ได้ซึ่งเรียกว่า alternate session

ผู้รักษาบางท่านสนับสนุนให้พบกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือพบกันเอง 1 ครั้ง และพบแบบมี leader 1 ครั้ง บางกรณีอาจจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนครั้งขึ้น แต่ต้องมีเหตุผลเพียงพอที่จะทำเช่นนั้น เช่น สมาชิกบางคนอยู่ในสภาวะ Crisis (วิกฤติ) ต้องการความสนับสนุนและกำลังใจจากกลุ่ม หรือสมาชิกทั้งหมด กำลังอยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น สมาชิกคนใดคนหนึ่งอาจถึงแก่กรรมกระทันหันเป็นต้น เมื่อมีเหตุการณ์ เช่นนี้ต้องเพิ่ม Session ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามอย่าเพิ่มจำนวน Session ตามอำเภอใจ

Length of session

ระยะเวลาโดยทั่วไปกลุ่มแต่ละครั้งนั้น จะใช้เวลาตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมง แต่ที่นิยมกันมากที่สุดคือ 1 ชั่วโมง หรือ $1^1/_2$ ชั่วโมง มีหลักตายตัวอยู่ว่า เวลาต้องคงที่และต้องบอกให้สมาชิกทราบเวลาที่แน่นอนด้วย ควรจะต้องบอกสมาชิกขณะ orientation หรือบอกสมาชิกก่อนนำเข้ากลุ่ม เรื่องนี้มีความสำคัญตรงที่สมาชิกมักเอาเรื่องสำคัญมาพูดตอนจะหมดเวลา และเราจะไม่ต่อเวลาให้ยกเว้นผู้ป่วยในภาวะ Crisis ถ้าระยะเวลาที่ใช้สั้นเกินไป ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดกับสมาชิกด้วยกัน ไม่เพียงพอที่จะเกิดการพัฒนาทางอารมณ์ขึ้นมาได้ในทำนองเดียวกัน ถ้า Session ยาวหรือนานเกินไปการแลกเปลี่ยนอารมณ์หรือความคิดในกลุ่ม จะมากเกินไปจนผู้ป่วยและผู้รักษาจะรับได้ไม่หยุด การกำหนดเวลาที่แน่นอนนั้นจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก และผู้รักษารวมทั้งเป็นการง่ายสำหรับทุกคนที่จะแบ่งเวลาได้อย่างถูกต้อง

สรุป

การจัดกลุ่มนั้น ต้องคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว และต้องรู้ล่วงหน้าว่า แต่ละกลุ่มนั้นมีการพัฒนาตัวเอง โดยมีลักษณะเฉพาะตัว หมายความว่า กลุ่มแต่ละกลุ่มไม่มีลักษณะเหมือนกันเลย มีผู้เปรียบเทียบว่ามนุษย์ทุกคนไม่มีทางที่จะเหมือนกันได้ในทุก ๆ อย่าง เมื่อนำมาเข้ากลุ่มแล้วจะให้เหมือนกันทุก ๆ กลุ่ม ได้อย่างไร

การที่ผู้รักษามีความรู้ และประสบการณ์นั้น เป็นการช่วย organize group ให้ดีขึ้น เพื่อให้มีปฏิกริยาต่อกัน ในหมู่สมาชิกในลักษณะที่ก่อประโยชน์ แต่ว่าตามความจริงนั้นกลุ่มแต่ละครั้งไม่ได้เป็นไปอย่างที่ผู้รักษาต้องการเสมอ หมายความว่า ถ้าผู้รักษามีความรู้และประสบการณ์มาก โอกาสที่จะ organize group ได้ดีก็มีมากแต่ก็ไม่เคยถูกต้อง 100 % ถ้าผู้รักษาสามารถคาดคะเนได้ว่าปฏิกริยาระหว่างคนไข้ เอ และคนไข้ บี ควรมีลักษณะอย่างไร จะก่อประโยชน์หรือไม่ ถ้าทำได้ผู้รักษาจะประสบความสำเร็จมากกว่า ผู้รักษาที่ไม่สามารถคาดคเนสิ่งเหล่านี้ได้ หรือ ไม่มีทิศทางนั้นเอง

บรรณานุกรม

ปราโมทย์ เชาวศิลป์. จิตบำบัดทางการแพทย์ (ชนิดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์). กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์, 2528.

กลุ่มละคร (Psychodrama)

โดย คมชาย สุขยิ่ง

สมาชิก ผู้ป่วยตึกชายหญิงเท่า ๆ กัน จำนวนประมาณ 8 - 12 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระยะสงบ

ผู้ดำเนินกลุ่ม
1. นักจิตวิทยา - นายคมชาย สุขยิ่ง
2. เจ้าหน้าที่ประจำตึก - พยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลเทคนิค

วันเวลาสถานที่ ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.30 - 15.00 น. ณ ตึกชงโค 2

แนวความคิด เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า การแสดงบทบาท (role-playing) เป็นสื่อการแสดงออกที่ให้ผลเชิงจิตบำบัดผู้ป่วยจิตเวชได้ กลุ่มละครจัดว่าเป็นการแสดงบทบาทที่นิยมกันรูปแบบหนึ่ง มีรายละเอียดปฏิบัติแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์การบำบัดของผู้บำบัด (therapist)

วัตถุประสงค์
1. เสริมสร้างแนวความคิดรูปธรรม นามธรรม ในการใช้ชีวิตร่วมกับชุมชน โดยวิธีจำลองบทบาท (dramatize)
2. กระตุ้นให้สมาชิกตื่นตัวในการอยู่ร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยผ่านพลวัตร (dynamic) ของกลุ่ม
3. เพื่อเป็นกิจกรรมร่วมกันในลักษณะละครเชิงสันทนาการ
4. ศึกษา วิเคราะห์ พฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช สมาชิกทั้งในแง่ กระบวนการทางจิต (psychic mechanism) ความคิด อารมณ์ ไหวพริบสติปัญญา

วิธีการ
1. ผู้ดำเนินกลุ่มคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ให้เป็นสมาชิกกลุ่ม ทำการแนะนำและชี้แจงทั่วไป
2. นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มจะเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นในชุมชน อาจเป็นชีวิตสมมุติที่แต่งขึ้นหรือชีวิตจริงของสมาชิกก็ได้ ลักษณะการเล่าจะมีการแต่งเติมสีสรรเพื่อเร้าความสนใจ ติดตามในลักษณะละครเป็นบท ๆ ไป ครั้งละ 1 เรื่อง

นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มจะเตรียมเรื่องล่วงหน้าก่อนการดำเนินกลุ่ม เรื่องนี้จะเปลี่ยนเนื้อหาของเรื่องไปเรื่อย ๆ ไม่ให้ซ้ำซากสร้างความเบื่อหน่ายแก่ตัวผู้ดำเนินกลุ่มและสมาชิกที่อาจเข้ารับละครบำบัดหลาย ๆ ครั้ง

ลักษณะการเล่าเรื่องจะใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมติดตาม เพลิดเพลินไปกับเนื้อหา

3. ผู้ดำเนินกลุ่มคิดเลือกสมาชิกเพื่อซ้อมละครและแสดงละคร ละครจะเน้นคู่กันไปทั้งเนื้อหาและสันทนาการ
4. เมื่อการแสดงเสร็จสิ้นลง นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มจะเปิดการวิจารณ์และอภิปรายเนื้อหาละครที่สมาชิกได้ร่วมกันแสดง ซึ่งจะต้องนำทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมและทฤษฎีการเรียนรู้ เข้ามาใช้ในขั้นตอนนี้ด้วย กลุ่มจึงจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ นับว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด
5. ผู้ดำเนินกลุ่ม ปิดกลุ่ม

<u>การประเมินผล</u> จะมีการ discuss ในระหว่างผู้ดำเนินกลุ่ม ทั้งนักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ตึก หรือผู้ Ovxrve อื่น ๆ เช่น นักศึกษาฯ เพื่อศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมอาการสมาชิกทุกครั้งหลังจากกลุ่มปิดไปแล้ว

จากการบันทึกกลุ่มของเจ้าหน้าที่ผู้จดบันทึก

.....

<u>ตัวอย่างที่ 1</u> กลุ่มละคร แสดงเรื่อง "รักของสาวจันทร์" (1 ชม. 30 นาที)

1. แนะนำกลุ่มและแนะนำทั่วไป (5 นาที)
2. นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มเล่าเรื่องแบ่งเป็นฉาก 10 ตอนจบ ถึงสาวบ้านนอกชื่อจันทร์ ซึ่งมีความทะเยอทะยานสูงหนีคนรักหนุ่มบ้านเดียวกันชื่อเดช เข้าเมืองหลวงและไปพักอยู่กับคุณครูสมบัติและภรรยา จันทร์เมื่ออยู่ในเมืองหลวงก็เริ่มมั่วสุมกับสาววัยรุ่นที่ชอบเที่ยวเตร่ จนในที่สุดตั้งครรภ์โดยไม่มีผู้รับผิดชอบ ครูสมบัติและภรรยาจึงแนะนำให้จันทร์กลับไปอยู่บ้านนอก (30 นาที)

3. คัดเลือกตัวละครและซ้อม (15 นาที)
แสดงละครโดยมีรีวิวเพลง "สาวจันทร์กั้งโกบ" และ "หนูจำได้" ประกอบ (15 นาที)

4. วิจารณ์และอภิปราย เป็นขั้นที่สำคัญมาก นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักคิดและวิเคราะห์เนื้อหาละครอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองผ่านกลไกของกลุ่ม โดยไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัวของนักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มให้กับสมาชิก นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มมีหน้าที่คอยกระตุ้นเท่านั้น และท้ายสุดสมาชิกจะต้องสรุปประโยชน์เชิงแนวความคิดที่เป็นประโยชน์ในการอยู่ร่วมกับชุมชนทั้งรูปธรรมนามธรรม ทั้งนี้ เพื่อจะประเมินผลกลุ่มได้ว่า สมาชิกกลุ่มได้มีพัฒนาการความคิดดังกล่าวจากกลุ่มได้ดีเพียงใด ตัวอย่างการอภิปราย เช่น สมาชิกคนหนึ่งมีความเห็นว่า เมืองหลวงทำให้สาวจันทร์มีความประพฤติไม่ดี แต่สมาชิกบางคนมีความคิดเห็นต่างกันว่า สาวจันทร์มีแนวโน้มจะมีความประพฤติไม่ดีอยู่แล้ว หรือสมาชิกบางคนมีความเห็นว่า เพื่อนไม่ดีต่างหากที่มาชักจูงสาวจันทร์ เหล่านี้เป็นต้น จากการอภิปราย ถกเถียง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นนี้เอง สมาชิกแต่ละคนจะมีแนวความคิดเชิงจิตวิทยาสังคมก่อตัวขึ้น สามารถนำความคิดรวบยอด ทั้งรูปธรรมนามธรรม มาใช้กับชีวิตในชุมชนได้ (20 นาที)

5. กล่าวปิดกลุ่ม (5 นาที)

<u>ตัวอย่างที่ 2</u> กลุ่มละคร แสดงเรื่อง "มรสุมชีวิต" (1 ชม. 30 นาที)

1. แนะนำกลุ่มและแนะนำทั่วไป (5 นาที)
2. นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มเล่าเรื่องแบ่งเป็น 8 ฉากจบ ถึงครอบครัว ชรินทร์ มาลัย และ มานี ชรินทร์ ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวได้รับอุบัติเหตุร่างกายพิการจนจิตใจบกพร่องไปด้วย ทำให้มาลัยแม่บ้านออกหาเลี้ยงครอบครัวโดยเป็นหญิงบริการ จนสามารถส่งเสียให้มานีบุตรสาวเรียนหนังสือจนจบ และประกอบอาชีพได้ สุดท้ายมาลัยถูกดำเนินคดีข้อหาค้าประเวณี (30 นาที)

3. คัดเลือกตัวละครและซ้อม (15 นาที)
แสดงละครโดยรีวิวประกอบฉากในสถานเริงรมย์ที่มาลัยทำงาน (15 นาที)
4. วิจารณ์และอภิปราย (เนื้อหาทางวิชาการเช่นเดียวกับตัวอย่างที่ 1)
ตัวอย่างการอภิปรายของสมาชิก เช่น สมาชิกบางคนมีความเห็นว่า มาลัยเป็นหญิงชั่ว ไม่ยอมประกอบอาชีพสุจริต แต่สมาชิกบางคนกลับมีความเห็นว่า สภาพครอบครัวและเศรษฐกิจบีบรัด ทำให้มาลัยหาทางออกไม่ได้หรือสมาชิกบางคน อภิปรายเกี่ยวกับความยุติธรรมของการดำเนินคดีกับการค้าประเวณี หรือ สมาชิก บางคนเปรียบเทียบสภาพจิตของชรินทร์กับตนเอง เป็นต้น (20 นาที)
5. กล่าวปิดกลุ่ม (5 นาที)

<u>ตัวอย่างที่ 3</u> กลุ่มละคร แสดงเรื่อง "สาวลูกทุ่ง" (1 ชม. 30 นาที)
1. แนะนำกลุ่มและแนะนำทั่วไป
2. นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มเล่าเรื่องเป็น 10 ฉากจบ ถึง เรื่องราวของแพรว สาวลูกทุ่งแห่งบ้านโคกอีแร้ง ผู้ชอบเสียงเพลงเป็นชีวิตจิตใจ ใฝ่ฝันจะเป็นนักร้อง ลูกทุ่งชื่อก้องฟ้าเมืองไทย จึงหนีชีวิตเข้าเมืองกรุง แพรวยอมทุกอย่างแม้กระทั่ง เป็นเมียเก็บของบดินทร์ ผู้จัดการบริษัทแผ่นเสียง แต่อนาคตของแพรวดังก้อง เมืองไทยไม่นานต้องดับวูบลงขณะดังสุดขีด เมื่อเมียหลวงของบดินทร์ลงข่าว หนังสือพิมพ์ประจานแพรวเกี่ยวกับอื้อฉาวคาวโลกีย์ สุดท้ายทุกอย่างล้มเหลว แพรวได้แต่ซมซานกลับมาบ้าน มีเพียงชาวบ้านโคกอีแร้งเท่านั้นที่เข้าใจแพรว และให้กำลังใจแพรว (30 นาที)
3. คัดเลือกตัวละครและซ้อม (15 นาที)
แสดงละครโดยมีรีวิวหางเครื่องวงดนตรีประกอบเพลง (15 นาที)
4. วิจารณ์และอภิปราย (เนื้อหาทางวิชาการเช่นเดียวกับตัวอย่างที่ 1)
ตัวอย่างการอภิปรายของสมาชิก เช่น สมาชิกอาจเห็นว่าชุมชนโคกอีแร้ง เป็นเพียงอุดมคติเท่านั้น แต่ก็มีสมาชิกบางคนกล่าวถึงความเป็นไปได้ของชุมชน ที่จะยอมรับผู้ผิดหวังล้มเหลวในชีวิต หรือสมาชิกบางคนมีความเห็นว่า แพรวก็ต้อง

ปรับปรุงตนเองด้วย ไม่ใช่รอให้ชาวบ้านช่วยอย่างเดียว เหล่านี้เป็นต้น ท้ายที่สุดของการอภิปราย ผู้ป่วยสมาชิกทุกคนก็จะได้แนวทางความคิดของการอยู่รวมกันในชุมชนทั้งในลักษณะรูปธรรมและนามธรรม (20 นาที)

5. กล่าวปิดกลุ่ม (5 นาที)

<u>ข้อสังเกตบทละครและการเล่นละคร</u>

1. ดัดแปลงจากเรื่องในชีวิตชุมชน ไม่ว่าจากประวัติผู้ป่วย ละคร ภาพยนตร์ เพลง ข่าว หนังสือพิมพ์ ฯลฯ นักจิตวิทยาผู้ดำเนินกลุ่มจำต้องฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับละครเล็กน้อย และดัดแปลงไม่ให้ซ้ำซากจำเจ ละครแต่ละเรื่องควรถูกเล่นเพียงครั้งเดียว การดัดแปลงนั้นควรคำนึงถึงพื้นฐานการศึกษาสภาพชีวิตสังคมของผู้ป่วยด้วย

2. เนื้อหาละครต้องท้าทายการแก้ปัญหา ท้าทายการสร้างแนวความคิด หลีกเลี่ยงละครประเภท tragedy มีการ suicide นิยายน้ำเน่า เรื่องอภินิหารจักร ๆ วงศ์ ๆ เป็นต้น

3. สร้างบรรยากาศสันทนาการในละคร

<u>ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง</u>

Bary Beyer (1976) มีความเห็นว่า วิธีการแสดงเหตุผล การทักทาย การถูกท้าทาย การซักถาม การอธิบาย การวิพากษ์วิจารณ์ และการเปรียบเทียบเหตุผลในกลุ่ม จะเสริมสร้างพัฒนาการทางความคิด

Lawnence Woblbery(1975) และ Louis Raths (1978) เสริมว่า การช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการเชิงค่านิยมต่อชุมชนนั้นจะต้องช่วยให้บุคคลได้สามารถคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตัวของเขาเอง ให้บุคคลได้รู้จักการวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นอย่างฉลาดเกี่ยวกับปัญหาในชีวิตประจำวันของเขา

การปรับพฤติกรรม

บังอร ศรีเนตรพัฒน์

<u>พฤติกรรม</u> (Behavior)

หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกัน ด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายใน หรือภายนอกร่างกายก็ตาม เช่น การร้องไห้ การกิน การวิ่ง การขว้าง การอ่านหนังสือ การเต้นของชีพจร การเต้นของหัวใจ การกระตุกของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

<u>ตัวอย่างประโยคที่แสดงถึงลักษณะของพฤติกรรม</u>

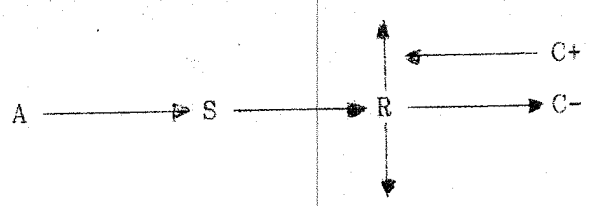
แดงกระพริบตา เมื่อมีลมพัดเข้าสู่หน้า

รักดี อายุ 16 ปี เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้เวลาตอนเย็นส่วนใหญ่ในการดูทีวี หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านกับเพื่อน ๆ แทนที่จะนั่งทำการบ้านให้เสร็จ

รักดี ใส่เสื้อสีแดง เพื่อจะไปงานลอยกระทง

ท่านเคยสงสัยและถามตนเองหรือไม่ว่า ทำไมตนจึงแสดงพฤติกรรมดังกล่าว พฤติกรรมคงอยู่ และเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร

ทฤษฎีการเรียนรู้ของ บีเอฟ. สกินเนอร์ (B.F. Skinner) ได้อธิบาย การเกิดพฤติกรรม การคงอยู่และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดัง จะเห็นได้จากแผนภาพข้างล่างนี้



A คือ สภาพแวดล้อม

S คือ สิ่งเร้า

R คือ พฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากสิ่งเร้า

C คือ ผลกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยที่

C+ หมายถึง ผลกรรมที่ผู้แสดงพฤติกรรมเกิดความพึงพอใจ

C- หมายถึง ผลกรรมที่ผู้แสดงพฤติกรรมไม่พึงพอใจ

สถานการณ์ตัวอย่าง

ในห้องทำงาน (A) เขียวเห็นคุณพ่อกำลังทำงานอยู่ (S) จึงเข้าไปขอเงิน (R) คุณพ่อไม่ต้องการจะเสียเวลาเลยให้เงินเขียวไป 20 บาท (C+) จากเหตุการณ์ดังกล่าวโอกาสที่เขียวจะไปขอเงินคุณพ่อในขณะที่คุณพ่อกำลังทำงานอยู่ย่อมจะมีมากขึ้น

ในห้องทำงาน (A) เขียวเห็นคุณพ่อกำลังทำงานอยู่ (S) จึงเข้าไปขอเงิน (R) คุณพ่อดุเขียวไปว่าไม่ควรมารบกวนคุณพ่อในขณะที่กำลังทำงานอยู่ (C-) จากเหตุการณ์ดังกล่าว โอกาสที่เขียวจะไปขอเงินคุณพ่อในขณะที่คุณพ่อกำลังทำงานอยู่นั้นย่อมจะลดลง หรือแทบไม่มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกเลยก็ได้

ดังนั้น การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของใครก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้ถึงผลกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ เสียก่อน จากนั้นถ้าต้องการที่จะปรับพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้นก็สามารถที่จะทำได้โดยนำผลกรรมนั้นมาเป็นตัววางเงื่อนไขให้บุคคลเหล่านั้น แสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

จุดมุ่งหมาย

1. เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมที่สนใจหรือที่เป็นปัญหา
2. เพื่อที่จะเป็นข้อมูลแสดงให้รู้ว่า พฤติกรรมที่ต้องการจะปรับนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด
3. เพื่อเป็นข้อมูลที่แสดงให้รู้ว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่ใช้นั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่

หลักสำคัญของการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม

1. ผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมจะต้องกำหนดลักษณะพฤติกรรมที่จะสังเกต และบันทึกให้แน่นอนและชัดเจน
2. ผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมจะต้องกำหนดเวลาและสถานที่ของการสังเกตพฤติกรรมให้แน่นอน
3. เลือกสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเพียงพฤติกรรมเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลเที่ยงตรงและไม่ก่อให้เกิดความสับสนของผู้สังเกต

ลักษณะของการบันทึกพฤติกรรม

พฤติกรรมสามารถบันทึกได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. บันทึกตามปริมาณและคุณภาพของพฤติกรรม เช่น น้ำหนักของร่างกาย (เป็นกิโลกรัมหรือปอนด์) เป็นต้น
2. บันทึกระยะเวลาของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การร้องไห้ของเด็ก

3. บันทึกความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การทำอาหารหก

4. บันทึกชนิดของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การบันทึกในลักษณะนี้จะทำในกรณีที่ผู้สังเกตไม่ได้กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการจะบันทึกไว้ล่วงหน้า ส่วนใหญ่ใช้เพื่อสำรวจถึงลักษณะของพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป เพื่อจะดูว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่เป็นปัญหา

<u>เลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรม</u>

ผู้ปรับพฤติกรรมจะต้องรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนเองจะทำการปรับนั้น จะปรับไปในทิศทางใด เพื่อจะได้เลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เทคนิคการปรับพฤติกรรม สามารถแบ่งได้ 3 หมวดใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ

ก. เทคนิคที่ใช้ในการเพิ่มพฤติกรรม หรือ คงพฤติกรรมไว้ ซึ่งเทคนิคเหล่านี้ได้แก่
- การใช้แรงเสริมทางบวก (อาหารหรือสิ่งที่เสพได้ แรงเสริมทางสังคม หลักพรีแม็ค เบี้ยอรรถกร การทำสัญญาเงื่อนไข)
- การใช้แรงเสริมทางลบ
- การชี้แนะ
- การควบคุมสิ่งเร้า
- การวางเงื่อนไขเป็นกลุ่ม

ข. เทคนิคที่ใช้ในการสร้างพฤติกรรม
- การแต่งพฤติกรรม
- การเลียนแบบ

ค. เทคนิคที่ใช้ในการลดพฤติกรรม
- การลงโทษ
- การใช้เวลานอก
- การปรับสินไหม
- การแก้ไขเกินกว่าเหตุ
- การหยุดยั้ง
- Satiation

<u>การเสริมแรง</u> (Reinforcement)

คือ การที่ทำให้พฤติกรรมหนึ่งของอินทรีย์เพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับผลกรรม (Consequence) ที่พึงพอใจจากการแสดงพฤติกรรมนั้น หรือ อันเป็นผลเนื่องมาจากความสำเร็จในการหลีก (Avoidance) หรือการหนี (Escape) จากสิ่งเร้าที่อินทรีย์ไม่พึงพอใจ (Avevsive Stimulus) ซึ่งผลกรรมที่พึงพอใจนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcer) ส่วนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcer) ตัวอย่างเช่น

ในขณะที่ครูสมศรี ถามคำถามในชั้นเรียน ดนุยกมือขึ้นเพื่อตอบคำถาม ครูสมศรี เรียกให้ดนุตอบคำถาม พร้อมทั้งกล่าวชม (ให้แรงเสริมทางบวก) ความมีระเบียบวินัยของดนุ ซึ่งเป็นผลให้คนแสดงพฤติกรรมการยกมือเพื่อตอบคำถามทุกครั้ง แสดงว่าพฤติกรรมการยกมือของดนุได้รับการเสริมแรงด้วยคำชมเชย

ทุกครั้งที่สมหมายเห็นตำรวจจราจรยืนอยู่กลางถนน และเห็นป้ายที่บอกให้ข้ามถนนโดยใช้สะพานลอย ผู้ที่ฝ่าฝืนจะถูกปรับเป็นเงิน 500 บาท อันเป็นผลให้สมหมายต้องขึ้นสะพานลอยทุกครั้งในการข้ามถนน แสดงว่าพฤติกรรมการข้ามถนนโดยใช้สะพานลอยของสมหมายนั้น เป็นผลมาจากความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ (การถูกปรับ 500 บาท) ความกลัวการถูกปรับ 500 บาท นั้น จึงถือว่าเป็นตัวเสริมแรงทางลบ

แรงเสริมทางบวกมีอยู่ด้วยกัน 5 ชนิด คือ

1. อาหารและสิ่งที่เสพได้ ได้แก่ อาหาร น้ำ ขนม บุหรี่ เหล้า เป็นต้น

2. แรงเสริมทางสังคม ได้แก่ การยอมรับ การยิ้ม การยกย่อง การชมเชย เป็นต้น

3. หลักของพรีแมคอันได้แก่การใช้พฤติกรรมที่อินทรีย์ชอบมากที่สุดมาเสริมแรงพฤติกรรมที่อินทรีย์ชอบทำน้อยที่สุด เช่น การใช้พฤติกรรมการเต้นรำ (พฤติกรรมที่ชอบทำมากที่สุด) มาเสริมแรงพฤติกรรมการทำการบ้าน (พฤติกรรมที่ชอบทำน้อยที่สุด) เป็นผลทำให้พฤติกรรมการทำการบ้านเพิ่มขึ้น

4. เบี้ยอรรถกร (Token Economy) คือ การใช้การเสริมแรงด้วยเบี้ยคะแนน หรือแต้ม เป็นต้น ซึ่งเบี้ย คะแนนหรือแต้มนี้ สามารถนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงอื่น ๆ ได้

5. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Informative Feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับนั้น เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำของอินทรีย์ ซึ่งจะทำให้อินทรีย์รู้ว่าตนได้ทำพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือไม่อีกการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมย่อมได้รับการเสริมแรง

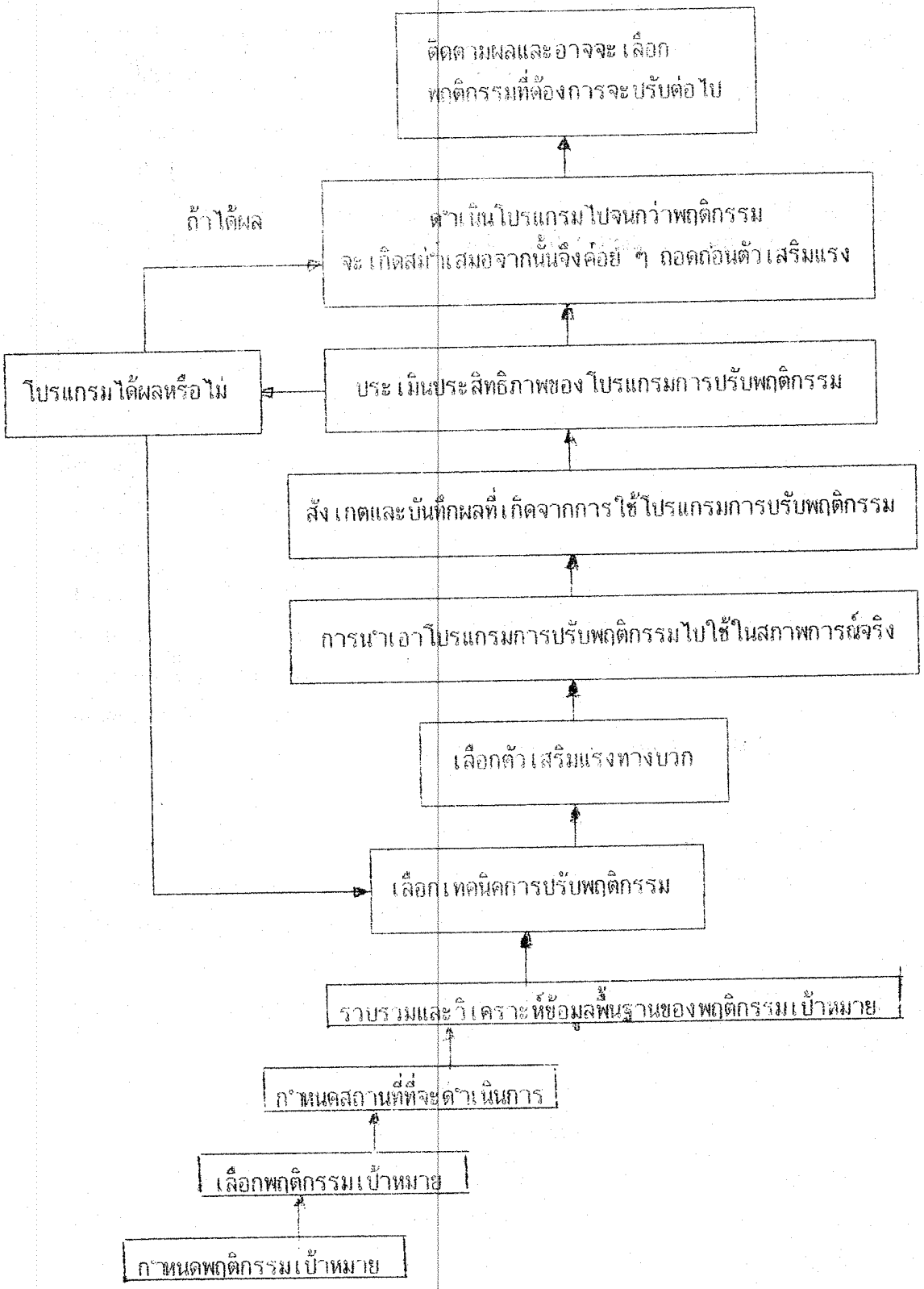
การใช้การเสริมแรง มี 2 วิธี

1. การใช้การเสริมแรงทุกครั้ง อันเป็นผลทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง และสม่ำเสมอแต่ทว่าในการให้แรงเสริมทุกครั้งนั้น มีปัญหาอยู่ที่ว่า เมื่อใดก็ตามที่การให้แรงเสริมนั้นหยุดลง จะเป็นผลทำให้พฤติกรรมนั้นลดลง เช่นกัน

2. การใช้การเสริมแรงเป็นครั้งคราว เป็นผลทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นในระดับที่สม่ำเสมอ และโอกาสที่พฤติกรรมนั้นจะลดลงมีน้อยมากถึงแม้ว่าจะหยุดการให้แรงเสริมนั้นก็ตาม เช่น พฤติกรรมการซื้อล็อตเตอรี่ ผู้ซื้อล็อตเตอรี่ไม่ได้แรงเสริมทุกครั้งที่ซื้อ แต่ทว่านาน ๆ ครั้ง จึงจะถูกรางวัลเสียที ซึ่งเป็นผลให้พฤติกรรมการซื้อลอตเตอรี่นั้นคงอยู่ตลอดเวลา

ขั้นตอนการปรับพฤติกรรม

การสร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรม ควรจะขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ



ตัวอย่างการเขียนโปรแกรมการปรับพฤติกรรมตนเอง Self control

บทนำ

เทคนิคการควบคุมและปรับพฤติกรรมตนเอง "Self control" นับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ เพราะถือเป็นเป้าหมายสูงสุดที่จะช่วยให้มนุษย์รักษาและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอันไม่พึงประสงค์ให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการได้ด้วยตนเอง โดยการวิธีการศึกษาและดำเนินการที่เป็นวิทยาศาสตร์นับตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการปรับเปลี่ยนแก้ไขปัญหา และวิธีดำเนินการอย่างเป็นระบบขั้นตอนทำให้การจัดการกับพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนละเอียดอ่อน เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้นั้น กลายเป็นสิ่งที่สามารถประเมินตรวจวัดบันทึกผลความเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการได้อย่างชัดเจน มีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือมากที่สุดเท่าที่เคยปฏิบัติกันมา และด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ นับได้ว่าช่วยแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างยิ่ง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมนั้น บุคคลส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าเป็นกระบวนการวางเงื่อนไขโดยบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ถูกปรับพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ต้องการโดยวิธีควบคุมสิ่งเร้า หรือควบคุมผลที่ได้รับจากการกระทำ แต่โดยความเป็นจริงแล้ว บุคคลอื่นไม่สามารถจะควบคุมสิ่งเร้า หรือผลที่สืบเนื่องจากการกระทำของผู้หนึ่งผู้ใดได้ตลอดเวลาและตลอดไป ตัวผู้กระทำเท่านั้นจะสามารถควบคุมสิ่งเร้า พฤติกรรมและผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง โดยการเลือกที่จะวางเงื่อนไขของสิ่งเร้าต่าง ๆ ให้กับตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในทิศทางที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ เมื่อบุคคลมีความสามารถที่จะบังคับตนเองให้เอาชนะความเคยชินในการกระทำที่ไม่ก่อให้ประโยชน์ เลือกรับได้เฉพาะสิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ นั่นก็คือเป้าหมายสูงสุดและขั้นตอนสุดท้ายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั่นเอง แต่การที่บุคคลจะมีความเข้มแข็งในตนพอที่จะมีสติระลึกรู้ และควบคุมการรับรู้สิ่งเร้าซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการกระทำที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้น จะต้องอาศัยทั้งความพร้อม ศักยภาพ และความรู้ความเข้าใจประกอบกัน ผู้ปรับพฤติกรรมจึงมีหน้าที่เข้าไปมีส่วนช่วยชี้แนะแนวทาง และกำกับดูแลให้ก่อนในระยะแรก โดยเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายวางแผนควบคุมเงื่อนไขของสิ่งเร้า และผลที่จะได้รับในขั้นต้นก่อน เพื่อให้ผู้ถูกปรับพฤติกรรมเกิดการเรียนรู้ใหม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในทางที่ดีขึ้นกับลดพฤติกรรมเดิมซึ่งเป็นปัญหาให้หมดไป และหลังจากนั้น นักปรับพฤติกรรมก็จะค่อย ๆ ฝึกหัดให้บุคคลนั้นสามารถควบคุมพฤติกรรมของตน เป็นการควบคุมตนเองได้ในขั้นสุดท้าย ซึ่งผลที่ได้รับจะคงอยู่ต่อไป มีความต่อเนื่องเป็นธรรมชาติมากที่สุด

ข้อมูลส่วนตัว

ข้าพเจ้าอายุ 39 ปี รับราชการ ฐานะปานกลาง เป็นคนรูปร่างสูงใหญ่ ผิวขาว ส่วนสูง 161 ซม. น้ำหนักในปัจจุบัน 61 กก. เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐานแล้วมีน้ำหนักมากกว่าที่ควร ประมาณ 5 กิโลกรัม

มีนิสัยที่ไม่ดีอย่างมากในการรับประทานอาหาร คือ ตามใจปาก ชอบอาหารประเภทที่มี Calory สูง (เนื้อสัตว์ แป้ง น้ำตาล นม เนย) มากกว่าอาหารประเภท ผัก ผลไม้ หลังจากอิ่มอาหารในแต่ละมื้อแล้ว มักรับประทานอาหารอื่นอีก ประเภทขนม หรืออาหารว่าง ระหว่างมื้อปกติอยู่เสมอ แม้อิ่มแล้วแต่หากมีของที่ชอบอีกจะต้อง "ชิม" ทุกครั้งและทุกชนิดที่มี แม้จะรับประทานในปริมาณไม่มาก แต่เมื่ออาหารนั้นมีหลายชนิด ก็ทำให้ไม่สามารถจำกัดชนิด และปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันได้ ผลที่ได้รับก็คือ มีรูปร่างอ้วนตัวโต แม้จะดูไม่น่าเกลียดและไม่ถึงกับเสียบุคลิกภาพ แต่หากยังคงมีนิสัยในการกินที่ไม่ดีเช่นนั้นต่อไป จะต้องอ้วนจนเสียบุคลิกอย่างแน่นอน

1. **กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย**

พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น คือ

- ปรับเปลี่ยนนิสัยในการกินอาหารให้ดีขึ้น
- ออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

2. **รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของพฤติกรรมเป้าหมาย**

ดำเนินการบันทึกพฤติกรรมการกินอาหารตามปกติ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 2 - 15 มิถุนายน 2533 ได้ข้อมูลดังนี้

ชนิดของอาหารในแต่ละมื้อ

วันที่	เช้า 7.00 น.	สาย 10.30 น.	เที่ยง 12.00 น.	บ่าย 15.00 น.	เย็น 17.00 น.	ค่ำ 19.30 น.	รวม	Medien
2 มิย. *	2	2	2	1	-	2	9	15
3 มิย. *	4	-	3	2	-	5	14	14
4 มิย.	3	-	2	1	-	4	10	12
5 มิย.	2	-	3	1	1	7	15	12
6 มิย.	2	1	3	-	1	3	10	10
7 มิย. *	2	-	3	2	2	3	12	10
8 มิย.	2	1	3	1	1	4	12	9
9 มิย.	2	2	4	1	3	7	19	21
10 มิย.	3	-	3	1	1	9	17	21
11 มิย.	4	1	3	1	2	10	21	21
12 มิย.	4	-	2	2	1	10	19	19
13 มิย.	4	-	5	1	2	6	18	19
14 มิย.	3	-	4	4	-	10	21	18
15 มิย.	3	-	5	4	1	8	21	17

* ออกกำลังกายโดยการกระโดดเชือก

2 มิย. 33 ชั่งน้ำหนัก 62 กิโลกรัม

8 มิย. 33 ชั่งน้ำหนัก 61.5 กิโลกรัม

15 มิย. 33 ชั่งน้ำหนัก 61.5 กิโลกรัม

3. วิเคราะห์พฤติกรรม (Behavior analysis)

จากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ปรากฏว่าสามารถวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดังนี้

Sequence analysis

Anticident	Behavior	Consequence
1. อาหารประเภท high calory (เนื้อสัตว์, แป้ง, น้ำตาล)	- รับประทานทุกมื้อ	- รับประทานจนอิ่ม
2. อาหารมากมายหลายชนิด	- รับประทานทุกชนิด	- จำกัดปริมาณรวมของอาหารในแต่ละมื้อไม่ได้
3. รสชาติของอาหาร		
ก. อร่อย	ก. รับประทานมาก	ก. อิ่มเกินไป
ข. ไม่อร่อย	ข. รับประทานน้อย ไม่รับประทาน	ข. ไม่อิ่ม หาอาหารอื่นที่อร่อยรับประทานต่อจนอิ่ม
4. ขนม ของว่าง	- ชอบและรับประทานได้เรื่อย ๆ แม้จะอิ่มแล้วก็ต้องชิมอีกทุกชนิดที่มี	- อิ่มเกินไป เป็นปริมาณในส่วนเกินจากขอบเขต
5. อาหารมื้อค่ำ	- หิวมาก เหนื่อยจากการกิจต่าง ๆ รับประทานมากอย่างขาดการควบคุม	- อิ่มเกินไป ร่างกายใช้พลังงานที่ได้รับในมื้อนี้ไม่หมด สะสมไว้เป็นส่วนเกิน
6. บรรยากาศของการรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว	- พูดคุยเรื่องราวต่าง ๆ แลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดรับประทานเป็นเพื่อนและไปเรื่อย ๆ	- มีความรู้สึกร่วมกับ relax, enjoy อร่อย
7. เวลาเช้าก่อนไปทำงานและเวลาเย็นกลับจากทำงาน	- เร่งรีบทำกิจกรรม และภาระกิจต่าง ๆ ของตนเอง	- ไม่มีเวลาว่าง ไม่ได้ออกกำลังกาย เหนื่อยมาก ชอบนอนพัก

4. เลือกตัวเสริมแรง (Selecting Reinforcement)

โดยตอบคำถาม 10 ข้อต่อไปนี้

1. อะไรเป็นสิ่งที่อยากได้มากที่สุดในตอนนี้?
   - ความสำเร็จในการควบคุมตนเอง
   - ความภูมิใจในความสามารถของตน
   - ความพึงพอใจในบุคลิกภาพและสุขภาพที่ดีขึ้น
   - ความเชื่อมั่นในการนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติได้
2. อะไรเป็นสิ่งของที่อยากได้มากที่สุดในขณะนี้?
   - ปากกา เครื่องเขียนสวย ๆ
   - หนังสืออ่านเล่น
3. ชอบทำอะไรบ้างเป็นงานอดิเรก ?
   - อ่านหนังสือ
   - ทำอาหารให้ครอบครัวรับประทาน
4. สนุกกับการทำอะไรบ้างในแต่ละวัน เมื่อว่างจากงาน ?
   - อ่านหนังสือ ประเภท Magazin Pocket book
   - ดู ทีวี รายการข่าว เพลง สารคดี ละคร ภาพยนตร์
   - Shopping ตามศูนย์การค้า และร้านสหกรณ์
5. เมื่อรู้สึกเครียด ทำอย่างไรจึงจะรู้สึกผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่ดีขึ้น
   - นอนพักนิ่ง ๆ หลับตา หายใจยาว ๆ
   - อ่านหนังสือ Magazine
6. อยากได้อะไรเป็นของขวัญ
   - ตุ๊กตาทุกประเภท ของที่ระลึกสวย ๆ จากร้าน Gift shop
   - หนังสือที่มีคุณค่าหรือให้สาระประโยชน์
7. ถ้าได้รับเงินพิเศษ 100, 300, 500 บาท จะซื้ออะไร
   - 100 บาท ซื้อเสื้อใส่เล่น เสื้อยืด ของจุกจิกสวย ๆ ขนม
   - 300 บาท ซื้อเสื้อสวย ๆ ใส่ไปเที่ยวหรือใส่ไปทำงาน ชุดนอน
   - 500 บาท ซื้อเครื่องแต่งบ้าน ชั้นวางของ ตุ๊กตาตัวโต
8. ไม่ต้องการสูญเสียอะไรเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่
   - ความรู้ ความสามารถ
   - ความสำเร็จ ในงาน
   - การได้รับการยอมรับ
9. หากมีเวลาว่างในช่วงนานพอควร (เช่น หยุดพักร้อน) จะทำอะไร ?
   - จัดบ้าน

- เที่ยวต่างจังหวัด

10. อยากทำอะไรเป็นพิเศษให้กับตนเอง

- ไปรับประทานกับครอบครัวในภัตตาคารที่บรรยากาศดี ๆ อาหารดี เช่น ภัตตาคารแบบญี่ปุ่น แบบไทยแท้ ๆ หรือตามโรงแรมหรู ๆ
- ไปเที่ยวต่างจังหวัด เช่น พัทยา เชียงใหม่
- ไปเที่ยวต่างประเทศ

5. **เลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรม**

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมและตัวเสริมแรง ทำให้เข้าใจลักษณะของตนเองได้ว่า เทคนิคที่เหมาะและใช้ได้ผล ควรเป็นประเภทที่ให้แรงเสริมในทางบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจมากกว่าการลงโทษ เนื่องจากเป็นคนที่ให้คุณค่ากับตนเอง มุ่งงานสลับกับ relax รักอิสระภาพภายในขอบเขตที่เหมาะสมถูกต้อง เทคนิคที่ใช้ต้องมีลักษณะรัดกุมครอบคลุมจุดบกพร่อง มีทิศทางแต่มีความยืดหยุ่นในตัว นอกจากนี้จะต้องมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ หลายรูปแบบร่วมกันอย่างผสมผสานให้มีความ "เป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ" เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมชาติมากที่สุด ไม่ก้าวกระโดดข้ามขั้นตอนหรือเข้มงวด "ยาก" จนเกินไป เพราะหากข้าพเจ้าเกิดความคับข้องใจหรือรู้สึกว่าถูกกดดัน ถูกควบคุมอย่างไร้สาระขึ้นเมื่อใด จะหมดศรัทธาต่อวิธีการนั้นและไม่มีแรงจูงใจที่จะพยาบาลปฏิบัติต่อไป

<u>เทคนิคและตัวเสริมแรงที่เลือกใช้มีดังนี้</u>

1.1 Cognitive Therapy เป็นเทคนิคที่สำคัญที่นำมาใช้ เนื่องจาก reinforcer ส่วนใหญ่เป็นตัวเสริมแรงภายใน และตัวเสริมแรงภายนอกชนิดที่เป็น นามธรรม บอกว่าตัวเสริมแรงที่เป็นวัตถุสิ่งของ เป็นการกำหนดข้อสัญญากับตัวเอง เมื่อทำได้ตามสัญญาจะได้รับตัวเสริมแรง คือ

- ความภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะความต้องการ และควบคุมตนเองได้.
- สามารถนำเอาความรู้มาใช้ปฏิบัติได้
- เกิดประโยชน์กับตนเอง
- มีความมั่นใจที่จะนำความรู้ไปใช้กับผู้อื่นให้เกิดประโยชน์
- Credit ที่ได้รับในแต่ละวันจากการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หมายถึง ความก้าวหน้า และความสำเร็จในการทำงานใน program "self control" ในขณะนี้

1.2 Stimulus Control โดยกำหนดเป็น "ข้อตกลงหรือสัญญากับตนเอง" 5 ข้อใหญ่ ๆ ดังนี้

- รับประทานอาหารวันละไม่เกิน 5 ครั้ง (เช้า เที่ยง ค่ำ และอาหารว่าง 2 ครั้ง)
- อาหารในมื้อค่ำ และกลางวัน ต้องมีลักษณะที่เป็นผัก - ผลไม้มากขึ้น และกำหนดปริมาณอาหารหลักเพียง 1 จาน ขนม หรือผลไม้อีกเพียง 1 จาน ห้ามเติมอีก

- อาหารว่าง รับประทานครั้งละไม่เกิน 2 ชนิด ปริมาณ 1 จาน (โดยเฉพาะมื้อเย็นต้องระวังเป็นพิเศษ)
- ออกกำลังกายทุกวัน โดยการกระโดดเชือก 5 นาที หรือนับ 1 - 300
- กายบริหาร ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 6 ท่า

ในข้อสัญญาทั้ง 5 ข้อดังกล่าวมจะต้องปฏิบัติให้ครบทุก ๆ อันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยทำเครื่องหมาย ✓ ให้ credit ลงในตารางที่ทำไว้ทุกวัน ในเวลาก่อนเข้านอน เป็นการประเมินตนเองทุกวันว่าในวันหนึ่ง ๆ ที่ผ่านมา มีความสามารถที่จะควบคุมตนเองได้มาก - น้อยเพียงไร

นอกเหนือจากข้อสัญญา 5 ข้อใหญ่ ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีข้อกำหนดภายในใจตนเองอีกหลายข้อ เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปตามสัญญา 5 ข้อ ข้างต้นคือ

- ถ้าอาหารที่รับประทานมีผักเป็นส่วนประกอบร่วมกับอาหารชนิดอื่น ให้รับประทานผักก่อน
- ไม่ซื้อขนมอร่อย ๆ เข้าบ้านมากเกินไป
- หลีกเลี่ยงการเข้าร้าน Bakery
- รับประทานอาหารในตู้เย็นให้หมดก่อนที่จะซื้อมาใหม่อีก
- จ่ายของและซื้ออาหารสดเข้าบ้านอาทิตย์ละไม่เกิน 1 ครั้ง
- ก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ ต้องพิจารณาวางแผนการรับประทานในมื้อนั้นทั้งหมดก่อน
- ต้องระวังควบคุมตนเองในวันเสาร์-อาทิตย์ เป็นพิเศษ

1.3 Sequence Contingency โดยใช้ positive contingency คือ ผล positive ที่ได้รับสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะช่วยเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากยิ่งขึ้นอีก ได้แก่ เมื่อเกิดพฤติกรรมการเปลี่ยนนิสัยในการกินอาหารให้ดีขึ้น และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะทำให้น้ำหนักลดลงได้ หรือแม้น้ำหนักจะไม่ลดลงก็ตาม จะไม่อ้วนขึ้นอีกแน่นอนสุขภาพร่างกายจะดี และมีความรู้สึกสดชื่น active บุคลิกภาพดี แจ่มใส aleart สิ่งเหล่านี้เป็นผลดีที่ได้รับและจะกลับมาเป็นสิ่งเร้าที่ช่วยเสริมแรงให้กระทำพฤติกรรมดีมากขึ้นอีก

1.4 Positive Reinforcement เป็นการให้ตัวเสริมแรงเมื่อกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ อีก ตัวเสริมแรงใช้ใน Program นี้คือ

- intrinsic reinforcement เป็นตัวเสริมแรงภายใน ได้แก่ความรู้สึกเป็นสุข สบายใจ พอใจ และภาคภูมิใจในความสำเร็จ บุคลิกภาพดี สวยขึ้น
- Vicarious reinforcement มีแรงจูงใจที่ดีภายในตัวเองด้วยภาพพจน์ของผู้ที่สามารถทำตามความตั้งใจของตนเองได้สำเร็จ เป็นนักปรับพฤติกรรมที่ดีมีความสามารถในการควบ

คุมตนเอง

- Social reinforcement ได้รับคำชมจากบุคคลอื่น
- สิ่งของที่ชอบ เป็นรางวัลที่ให้กับตนเองเป็นช่วง ๆ เพื่อเสริมสร้างขวัญ และกำลังใจที่จะกระทำดีต่อไป สิ่งของต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือ Magazin pocket book เสื้อผ้า ของจุกจิกสวย ๆ (ไม่ได้กำหนดแน่นอนตายตัวแบบ Token economy เพราะยืดหยุ่นตามความพอใจและความต้องการในช่วงนั้น)
- กิจกรรมที่ชอบ ให้เช่นเดียวกับสิ่งของ ได้แก่ การได้ดูภาพยนตร์ที่โรงภาพยนตร์ ไปเที่ยวพักผ่อนต่างจังหวัด ไป Shoping

1.5 Avevsive technique (Negative reinforcement) หมายถึง สิ่งที่จะต้องคำนึงถึง และระวังเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียต่าง ๆ ดังนี้

หากไม่ปรับเปลี่ยนวิสัยในการกินอาหารให้ดีขึ้น และไม่ออกกำลังกาย

- สุขภาพและบุคลิกภาพจะเสีย พร้อมที่จะเกิดภาวะโรคอ้วนได้ง่าย
- เป็นเรื่องไม่น่านิยมอย่างยิ่ง ที่นักปรับพฤติกรรมจะดีแต่พูด แต่ทำจริง ๆ ปรับพฤติกรรมไม่ได้
- ใน Program นี้ ได้จัดเงื่อนไขให้ตนเองได้รับ negative reinfercement คือ ถ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาอย่างสม่ำเสมอ ผลที่ปรากฏก็จะฟ้องตนเองคือ น้ำหนักไม่ลดลง เกิดความรู้สึกในทางที่ไม่ Progress เอง

6. กำหนดงานตามขั้นตอนไปสู่เป้าหมาย (Goal Setting)

กำหนดเวลาทั้งหมดของการปรับพฤติกรรมเป็น 4 ช่วง ๆ ละ 2 สัปดาห์ (จากการรวบรวมข้อมูลขั้นพื้นฐานพบว่า มีความสามารถลดน้ำหนักได้ 1/2 ก.ก. ในเวลา 1 สัปดาห์)

- ดังนั้น ทุก ๆ ช่วง 2 สัปดาห์ ควรลดน้ำหนักได้ 1 ก.ก.
- ระยะเวลาทั้งหมดของแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8 สัปดาห์ ควรลดน้ำหนักได้ 4 กิโลกรัม

Task setting ดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย check เครื่องหมายในข้อสัญญาที่ทำได้สำเร็จ ตามตารางของแต่ละวัน โดยใช้น้ำหนักเป็นตัวประเมินประสิทธิภาพของ programe เป็นช่วง ๆ

ช่วงที่ I ระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน - 29 มิถุนายน ประเมินผล
ช่วงที่ II ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน - 13 กรกฎาคม ประเมินผล
ช่วงที่ III ระหว่างวันที่ 14 กรกฎาคม - 27 กรกฎาคม ประเมินผล
ช่วงที่ IV ระหว่างวันที่ 28 กรกฎาคม - 10 สิงหาคม ประเมินผล

<u>การดำเนินการ</u>

ดำเนินการในสภาพการณ์จริงและบันทึกพฤติกรรม (Collecting data)

<u>ช่วงที่ I</u> เดือนมิถุนายน

	สัปดาห์ที่ I							สัปดาห์ที่ II						
วันที่ / Contraction	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1. กินอาหารไม่เกิน 5 ครั้ง			/	/	/		/	/	/	/				
2. มื้อค่ำ ผัก ผลไม้มาก ๆ กลางวัน 1 จาน ไม่เติม			/		/	/	/	/	/	/				
3. ของว่าง ไม่เกิน 2 ชนิด บ่ายเย็น กินน้อย ๆ		/	/	/	/	/	/	/		/				
4. กระโดดเชือก	/	/	/	/	/	/	/		/	/				
5. กายบริหาร														
	*							*						*
	ชั่งน้ำหนัก 61 1/2 กก.							ชั่งน้ำหนัก 61 กก.						ชั่งน้ำหนัก

ประเมินผล.....

ข้อปรับปรุงแก้ไข.....

ช่วงที่ II

	มิถุนายน							กรกฎาคม						
	สัปดาห์ที่ 3							สัปดาห์ที่ 4						
วันที่ / Contractaion	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. กินอาหารไม่เกิน 5 ครั้ง														
2. มื้อกลางวัน ผัก ผลไม้มาก ๆ และค่ำ 1 จาน ไม่เติม														
3. ของว่าง ไม่เกิน 2 ชนิด บ่ายเย็น กินน้อย ๆ														
4. กระโดดเชือก														
5. กายบริหาร														
	*							*						*
	ชั่งน้ำหนัก							ชั่งน้ำหนัก						ชั่งน้ำหนัก

ประเมินผล.....

ข้อปรับปรุงแก้ไข.....

ช่วงที่ III

กรกฎาคม

Contractaion \ วันที่	สัปดาห์ที่ 5							สัปดาห์ที่ 6						
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1. กินอาหารไม่เกิน 5 ครั้ง														
2. มื้อกลางวัน ผัก ผลไม้มาก ๆ และค่ำ 1 จาน ไม่เติม														
3. ของว่าง ไม่เกิน 2 ชนิด บ่ายเย็น กินน้อย ๆ														
4. กระโดดเชือก														
5. กายบริหาร														
	* ชั่งน้ำหนัก							* ชั่งน้ำหนัก						* ชั่งน้ำหนัก

ประเมินผล.....

ข้อปรับปรุงแก้ไข.....

ช่วงที่ IV

	กรกฎาคม				สิงหาคม									
	สัปดาห์ที่ 7							สัปดาห์ที่ 8						
Contractaion / วันที่	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. กินอาหารไม่เกิน 5 ครั้ง														
2. มื้อกลางวัน ผัก ผลไม้มาก ๆ และค่ำ 1 จาน ไม่เติม														
3. ของว่าง ไม่เกิน 2 ชนิด บ่ายเย็น กินน้อย ๆ														
4. กระโดดเชือก														
5. กายบริหาร														
	* ชั่งน้ำหนัก							* ชั่งน้ำหนัก						* ชั่งน้ำหนัก

ประเมินผล.....

ข้อปรับปรุงแก้ไข.....

7. **ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม และการปรับพฤติกรรม** (Programing assessment) ทำการประเมินผลพฤติกรรมที่บันทึกได้ในช่วงการปรับพฤติกรรม โดยกระทำทุก ๆ ช่วง ร่วมกับการชั่งน้ำหนัก เป็นค่าเปรียบเทียบ ในการตรวจสอบประสิทธิภาพของงาน

- หากน้ำหนักลดลง แสดงว่า programe ถูกต้องและมีประสิทธิภาพให้ reinforcement เสริมแรงและดำเนินการต่อไปได้

- น้ำหนักไม่ลดลง แสดงว่า programe ถูกต้องแต่ยังขาดประสิทธิภาพ ให้ทบทวนการวิเคราะห์พฤติกรรมและการสร้าง programe รวมทั้งการปฏิบัติว่าบกพร่องในส่วนใดอาจแก้ไขหรือดำเนินการต่อไปอีกช่วงหนึ่ง แล้วจึงประเมินผลช่วงที่ II

- น้ำหนักเพิ่มขึ้นแสดงว่า เกิดความผิดพลาด หรือขาดประสิทธิภาพบางอย่าง ย้อนกลับไปทบทวนแก้ไขการดำเนินงานแล้วดำเนินการต่อ

8. **การถอดถอนตัวเสริมแรง** (Termination)

เมื่อดำเนินการปรับพฤติกรรมโดยควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ผลตามเป้าหมาย ในระยะเวลาที่วางแผนการดำเนินงานแล้ว ควรดำเนินการต่อไปอีก 1 ช่วง (2 สัปดาห์) และค่อย ๆ ลด การให้ reinforcer ในด้านวัตถุลง คงไว้แต่การเสริมแรงภายใน และบันทึกผลพฤติกรรมไว้ด้วย

9. **สรุปผล**

บันทึกผลพฤติกรรมลงในตาราง สรุปผลความก้าวหน้า และความสำเร็จในงาน

10. **ติดตามผล**

ตรวจสอบและบันทึกพฤติกรรมเป็นช่วง ๆ ในระยะ 6 เดือน 1 ปี

.....

บรรณานุกรม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.

O' leary, D.K. Wilson, T.G. Behavior therapy. Englewood cliffs N.J. : Prentice - Hall, 1975.

.....

ELECTROCONVULSIVE THERAPY (E.C.T.)

ธีราพร มณีนาถ

การทำช็อคไฟฟ้าหรือการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาทางจิตเวช โดยใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสมองในระยะเวลาจำกัด ทำให้เกิดการชักแบบ Tonic, clonic Convulsion หรือ grand mal Seizure ยังผลให้ความผิดปกติของจิตใจลดลง

ความเป็นมาของ E.C.T.

ได้มีผู้สังเกตตั้งแต่ต้นปีศตวรรษที่ 20 โดยจิตแพทย์ ชาวฮังการีชื่อ Von Meduna ว่าเมื่อเกิดการชักไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

ในปี ค.ศ. 1938 ได้มีจิตแพทย์ชาวอิตาลีชื่อ Ugo Cerletti และ Lucio Bini นำ E.C.T มาใช้ในคลินิกเป็นครั้งแรก (Burgess, 1976) และได้รายงานการรักษา E.C.T. ในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระแสไฟฟ้าผ่านเข้าสมอง และได้เรียกวิธีนี้ว่า Electroconvulsive therapy ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ นอกจากนี้ยังได้ประดิษฐ์เครื่อง E.C.T. ขึ้นอีกด้วย

นับตั้งแต่ Ugo Cerletti และ Lucio Bini ได้นำ E.C.T. มาใช้ในการรักษาคนไข้จิตเภทก็ได้มีผู้นำเอาวิธีดังกล่าวมาใช้ทั่วโลก แม้จะมีการปรับปรุงวิธีการต่าง ๆ และเปลี่ยนแปลงข้อบ่งใช้หลายอย่างก็ตาม แต่บุคคลทั้งสองก็ได้รับการยกย่องว่าเป็นเสมือนบิดาผู้ให้กำเนิด E.C.T.

ในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2488 ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ ภาคสุวรรณ ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา เป็นผู้นำเอา E.C.T. มาใช้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย หลังจาก Cerletti และ Lucio Bini ได้นำ E.C.T. มาใช้เป็นเวลา 7 ปี ต่อจากนั้น E.C.T. ก็ได้รับความนิยมนำไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งในประเทศไทย เป็นต้นมา

ทฤษฎีของการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Theories of Electroconvulsive therapy)

ได้มีนักค้นคว้าหลายคนทำการศึกษาเกี่ยวกับกลไกของการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า จนกระทั่งบัดนี้ยังไม่มีผู้ใดทราบถึงกลไกที่แท้จริง ส่วนมากก็เป็นแต่เพียงสมมุติฐานเท่านั้น ยังไม่มีการพิสูจน์ยืนยันแน่นอน ทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวกันไว้พอจะแบ่งได้ดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะช็อค (Theory of shock) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดคล้ายกับของ Cerletti อาการชักทำให้เกิดภาวะช็อค ตามทฤษฎีของ selye ภาวะเช่นนี้เป็นปฏิกิริยาที่ก่อทำให้เกิดความตกใจ (alarm reaction) ซึ่งเป็นผลทำให้คนเรามีการปรับตัวทั่วไป (general adaptation) การปรับตัวเช่นนี้เมื่อเกิดขึ้นบ่อยครั้งจะทำให้คนเรามีความสามารถที่จะเผชิญกับความ

กดดัน และปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ในขณะเดียวกันการปรับตัวก็ยิ่งดีขึ้นเรื่อย ๆ

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความจำ (Theory of memory traces) เชื่อว่า E.C.T. ทำลายร่องรอยของความจำปัจจุบันมากกว่าความจำในอดีต เป็นลักษณะของการลืมแบบถอยหลังกลับไป (Retrograde amnesia) กล่าวคือประสบการณ์ ทัศนคติ และอารมณ์ในปัจจุบันจะถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยพอจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันที่เป็นสิ่งกระตุ้นหรือทำให้ตนเองไม่สบายใจได้ ต่อมาผู้ป่วยจะมีการปรับตัวดีขึ้นกว่าเดิม

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษ (Theory of punishment) การทำ E.C.T. มีลักษณะคล้ายกับการลงโทษ การรักษาด้วยวิธีนี้มักได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการโทมนัส (depressive patients) ซึ่งมักจะมีความรู้สึกสำนึกบาป (guilt feelings) อย่างรุนแรง พวกนี้จะมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการลงโทษ

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะเงื่อนไข (Conditioning model) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดคล้ายกับทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษ กล่าวคือ E.C.T. เป็นสิ่งเร้าในการลงโทษ (punitive Stimulus) อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้เชื่อว่าผลที่ไม่น่าพึงปรารถนาของภาวะช็อคจะถูกนำมาสัมพันธ์คู่กับอาการผู้ป่วยเพื่อจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดีอันมีลักษณะคล้ายการลงโทษนี้ ผู้ป่วยจะพยายามเรียนรู้ใหม่ โดยจะพยายามขจัดพฤติกรรมที่ผิดปกติออกไปจึงมีอาการดีขึ้น

โดยอาศัยทฤษฎีนี้บางคนกลับมีความเชื่อไปในทางตรงข้าม โดยเชื่อว่า E.C.T. จะสร้างภาวะ เงื่อนไขระหว่างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความกดดัน กับภาวะผ่อนคลายในขณะช็อค ผู้ป่วยจะไม่เกิดความกลัวจากการลงโทษดังกล่าวแล้ว ความตึงเครียดทางอารมณ์กลับจะลดลง เนื่องจากความตึงเครียดและความกดดันทางอารมณ์ที่ลดลงนี้ถูกทำให้เกิดมีภาวะเงื่อนไขต่อสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะเริ่มเผชิญต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าด้วยจิตใจที่สงบและเข้มแข็งขึ้น

5. การขาดออกซิเจนในสมอง (Cerebral anoxia) ทั้งใน Hypoglycemia และ Convulsive shock therapy สมองจะขาดพลังงานและ Oxidative Metabolism จะทำให้สมองทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอหลายท่านเชื่อว่าการขาดออกซิเจนในสมองเช่นนี้มีผลทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

<u>เครื่องมือที่ใช้</u>

เครื่อง E.C.T. ใช้กับกระแสไฟฟ้าสลับที่ใช้ตามบ้าน A.C. (Alernating Current) ไม่ใช้ไฟ D.C. (Direct Current) เพราะไฟ D.C. ไม่ทำให้ผู้ป่วยชัก เป็นเพียงเกิด dialysis ของ Nerve cell เท่านั้น

เครื่องมือ E.C.T. ใช้กับกระแสไฟฟ้าสลับที่ใช้ตามบ้าน แรงดันไฟฟ้าอยู่ระหว่าง 70 - 130 โวลท์ ระยะที่ผ่านกระแสไฟฟ้านาน 0.1 - 1 นาที โดยมีสายไฟต่อจากไฟฟ้าตามบ้านเข้าเครื่อง E.C.T. และมีสายไฟต่อจากเครื่อง E.C.T. ไปยัง Electrode ซึ่งเป็นแผ่นเหล็กบาง ๆ วางบนศรีษะคนไข้ และที่ตรึง (เช่นสายยาง) Electrode ให้ติดแน่นกับศรีษะคนไข้ทุกครั้งที่จะทำ E.C.T.

Electrode ด้านที่วางทาบศีรษะจะต้องทาด้วย Jelly หรือ Normal saline Solution (สำหรับ Normal saline Solution ต้องใช้ผ้า gauze หรือสำชุบรองติดกับแผ่นเหล็กบางอีกครั้ง เพื่อเป็นสื่อนำไฟฟ้าที่ดี) เพราะถ้าเส้นผมหนา ๆ น้ำมันใส่ผมหรือเหงื่อออกมากจะเป็นฉนวนกันไม่ให้กระแสไฟฟ้าผ่านไปได้สะดวก

<u>วิธีวาง Eleetrode วางได้ 2 ลักษณะ</u>

1. Bilateral E.C.T. คือการช็อคไฟฟ้าโดยการวางขั้วไฟฟ้า (electrode) ไว้ที่ขมับทั้ง 2 ข้าง ให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองทั้งสองซีก

2. Unilateral E.C.T. การช็อคไฟฟ้าโดยให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองเพียงซีกเดียว ซึ่งเป็นซีกที่ nondominant เพื่อลดอาการสับสน (Confusion) และอาการหลงลืมหลังทำ อย่างไรก็ดีแพทย์บางคนพบว่าผลไม่ดีเท่า bilateral E.C.T. และยังพบว่า verbal learning จะเสียถ้าให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองซีกที่ Dominant และ nonverbal learning เสียถ้าให้กระแสผ่านสมองซีกที่ nondominant ตัวอย่างของการวาง electrod แบบนี้เช่น คนถนัดขวาจะวาง Eleetrode บนศีรษะด้านขวา และคนถนัดซ้าย ก็จะวาง Electrode บนศีรษะด้านซ้าย การช็อคไฟฟ้าวิธีนี้เหมาะสำหรับคนไข้วัยชรา หรือผู้ป่วยที่มีพยาธิทางสมอง รวมทั้งอาจรักษาคนไข้โรคจิตเภทชนิดระแวงได้ด้วย

วิธีทำคือ วาง electrode อันที่หนึ่งไว้ที่ตำแหน่ง 3 เซนติเมตร เหนือจุดกึ่งกลางของเส้นที่ต่อระหว่าง lateral angle of the orbit กับ external anditory meatus สำหรับ electrod อีกอันวางที่ตำแหน่ง 6 เซนติเมตรเหนือ electrode อันแรก และทำมุม 70 องศากับเส้นตรงที่กล่าวแล้ว

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้นำเครื่อง E.C.T. รุ่น Ectonustim Series 5 มาใช้เพื่อการรักษาคนไข้ด้วยช็อคไฟฟ้าอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทั้งอุปกรณ์และ Electrode ที่เป็นตัวนำไฟฟ้าได้ต่างไปจากเครื่องเดิมเป็นบางอย่าง แต่วิธีการทำและเตรียมผู้ป่วยเหมือนเดิม ซึ่งอุปกรณ์เครื่องช็อคไฟฟ้ารุ่น Ectonustim Series 5 ประกอบด้วย

1. เครื่องช็อคสมองด้วยไฟฟ้ารุ่น Ectomustim series 5 1 เครื่อง
2. สายไฟต่อเข้าเครื่อง
3. ด้าม Electrode แบบ 2 มือ พร้อมสาย
4. ด้าม Electrode สำหรับใช้งานแบบ C.S
5. แท่งยางป้องกันการกัดลิ้นทั้งแบบแท่งและแบบเกือกม้า
6. ผง Electrodes ชนิดบรรจุซอง (ละลายในน้ำ 1 ซอง/น้ำ 285 cc)

<u>ลักษณะการใช้งาน</u> ใช้ได้ 2 ลักษณะ และใช้กับไฟฟ้า 220 โวลล์

1. การช็อคสมอง
2. การกระตุ้นสมองส่วน Cerebrum

I. <u>การช็อคสมอง</u>

1. ต่อสายไฟฟ้าเข้าเครื่องช็อคบริเวณหลังเครื่อง โดยหัวต่อไฟฟ้าของโรงพยาบาลควรมีสายดินเพื่อป้องกันการช็อคของวงจร

2. กดสวิทซ์เปิดเครื่อง (โดยมีสัญญลักษณ์บอก 0 = ปิดเครื่อง และ หมายเลข 1 = เปิดเครื่องจะมีไฟบ่งบอกเครื่องทำงาน)

3. ปุ่มควบคุมเลือกการใช้งาน ตามลักษณะที่ใช้ (Test, C.S. และ E.C.T.) ให้หมุนปุ่มเลือกทำงานมาที่ Test เพื่อใช้ทดสอบการทำงานของเครื่องและ Electrode ว่าพร้อมใช้งานหรือไม่

4. ต่อสายด้าม Electrode แบบ 2 มือ เข้าบริเวณหลังเครื่อง

5. จุ่มหัว Electrode ในสารละลาย Electrode ที่เตรียมไว้ (โดยการละลายผง Electrode ในน้ำ 1 ซอง/น้ำ 285 cc. จะมีแสงไฟ Test กระพริบอย่างต่อเนื่องแสดงว่าการต่อสายและค่าความต้านทานในสายต่อน้อยที่สุด และเครื่องพร้อมทำงาน

6. กดปุ่มตั้งปริมาณประจุไฟที่จะใช้ในการช็อคที่ 275 มิลิคูลอมม์ และหมุนปุ่มเลือกการใช้งานไปที่ E.C.T. (สำหรับคนไทยควรใช้ประจุไฟเพียง 250 มิลลิคูลอมน์)

7. วาง และกดด้าม Electrodes ในตำแหน่งช็อคของศีรษะผู้ป่วยที่เตรียมไว้ ณ ตำแหน่งขมับทั้ง 2 ข้าง

8. กดและหมุนด้าม Electrodes ให้แนบสนิท โดยให้มีความต้านทานระหว่างผิวหนังและ Electrodes น้อยที่สุด โดยสังเกตจากไฟ Test จะกระพริบเป็นจังหวะ หมายถึงปริมาณประจุไฟฟ้าจะเข้าสู่ผู้ป่วยเต็มที่ (ถ้าความต้านทานมากอาจจะต้องปรับปริมาตรประจุให้มากขึ้น และสามารถปรับได้ถึง 10 ตำแหน่ง ตามหมายเลขที่หน้าปัดของเครื่อง)

9. กดปุ่มปล่อยประจุไฟฟ้าเพื่อช็อคสมอง โดยสามารถกดจากปุ่ม test จากบริเวณหน้าปัดของเครื่อง หรือจากปุ่มกดปลายด้าม Electrodes

การกดปุ่มนี้ควรกดและปล่อยทันที พร้อมทั้งกดด้าม Electrodes ให้แนบสนิทตลอดเวลา การกดปุ่มช็อคไว้ตลอดเวลาอาจเกิดการปล่อยประจุซ้ำซ้อนได้

10. ตัวเลขที่จอหน้าปัดของเครื่องจะบอกปริมาณประจุไฟฟ้าที่แท้จริงที่เข้าสู่ผู้ป่วย

II. <u>การกระตุ้นสมองด้วย</u> Cerebrum stimulator (C.S.)

ใช้ลดอาการ Amnesia หรือ Confusion

รักษาอาการ Hysteria

โดยกระแสไฟฟ้าจะเป็นลักษณะ Sinewave แรงเคลื่อนที่ประมาณ 22 โวลท์

<u>วิธีใช้</u>

1. กดปุ่มเปิดการทำงานเครื่อง
2. เลือกการใช้งานโดยหมุนปุ่มมาที่ C.S. ที่มีบอกตามหน้าปัดเครื่อง
3. กดปุ่มตั้งประจุไฟ C.S. มาที่ 0

4. ต่อสาย และต้าม Electrodes สำหรับกระตุ้น C.S. หลังเครื่อง และจุ่มปลาย Electrodes ในสารละลาย Electrodes ที่เตรียมไว้

5. วางตำแหน่ง Electrodeo บริเวณถัดจากขมับเล็กน้อย (ทำเหนือและหน้าหูเล็กน้อย)

6. เทคนิคในการปรับตั้งปริมาณประจุไฟฟ้า

6.1 ภายหลังการช็อคสมองลดอาการ Ammesia และ Confusion ปรับตั้งปริมาณประจุประมาณตำแหน่ง 3 - 5 จะสังเกตเห็นคนไข้อยู่ในภาวะ Comatose stage 2 - 4 นาที

6.2 การกระตุ้น Narco - Analysis ปรับตั้งปริมาณประจุประมาณตำแหน่ง 3 - 5 ขณะกระตุ้นจะมีอาการคล้ายความเจ็บปวด ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด

6.3 ลดอาการ Tension ในภาวะ Anxiety stage ปรับที่ปริมาณประจุประมาณ ตำแหน่ง 3 - 4

6.4 รักษาอาการ Hysteria ปรับตั้งปริมาณประจุประมาณ 2 - 8

6.5 รักษาอาการ Narcotic Poisoning and Collapse ปรับตั้งปริมาณประจุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งการหายใจ และจังหวะการเต้นหัวใจดีขึ้น การกดปุ่มจะช่วยเพิ่มความดันโลหิตมากขึ้น (วิธีนี้ยังไม่เคยนำไปใช้ในการรักษาคนไข้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล)

<u>วิธีการทำ E.C.T.</u>

การทำ E.C.T. ที่ใช้กันทั่วไปมี 2 ชนิด คือ

1. Unmodified E.C.T. เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายโดยขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

2. Modified E.C.T. เป็นการผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกาย ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาสลบ (gerneral Anesthesia) ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวช หรือหน่วยงานจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีวิสัญญีอยู่ด้วยจะทำ E.C.T. ด้วยวิธี Modified E.C.T.

<u>Modified E.C.T.</u>

<u>วิธีทำ</u> โดยให้ Atropine Sulphate gr 1/100 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 30 นาที ก่อนทำ E.C.T. หรือให้ gr 1/200 2 - 3 นาที ก่อนทำ E.C.T. โดย Atropine Sulphate มีคุณสมบัติเป็น Anticholinergic จะช่วยลดเสมหะของทางเดินหายใจ และยังป้องกันไม่ให้เกิด Cardiac Arrythmia ด้วย

เมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะทำ E.C.T. แล้วให้ Pentothal Sodium ขนาด 5 mg./kg body weight ฉีดเข้าเส้นเลือดช้า ๆ จนกว่าจะหลับโดยจะสังเกตจากเมื่อเรียกชื่อผู้ป่วยจะไม่มีปฏิกริยาโต้ตอบ และพยายามไม่ให้เกินความจำเป็น

ปัจจุบันนิยมใช้ Methohexital (Bervital) มากกว่า Pentothal Sodium เพราะยาตัวนี้จะทำให้ผู้ป่วยหลับเร็วตื่นเร็ว และมี Side effect ต่อร่างกายน้อยกว่า

เมื่อผู้ป่วยหลับจึงให้ยา muscle Relaxant ที่ใช้กันอยู่คือ Succinylcholine dichoride ขนาด 0.5 - 0.8 mg. / Kg. body weight ฉีดเข้าเส้นเลือดอย่างเร็ว ให้ยานี้ออกฤทธิ์เต็มที่กินเวลา 1 นาที หรือสังเกตดู Fasciculation ที่เกิดขึ้นตามที่ต่าง ๆ ทั่วร่างกายหมดไปก่อนแล้วจึงกด Shock

Succinylcholine dichoride จะทำให้หยุดการหายใจอยู่ประมาณ 3 นาที และกว่าจะหมดฤทธิ์ยาจริง ๆ กินเวลา 5 - 15 นาที ฉนั้นในระยะ 5 นาทีแรก หลังฉีดยาต้องให้ออกซิเจนเต็มที่

<u>ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วย E.C.T. (Indication)</u>

E.C.T. ถูกนำมาใช้ในการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างรุนแรง และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน (Beck, 1984) หรือรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล เช่น

1. พวกที่มีอารมณ์เศร้าอย่างมาก และมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์เศร้าจากโรคจิตเวชใดก็ตาม

2. โรคจิตเภทชนิดมีอาการคลั่งหรือซึมเฉยอยู่ตลอดเวลา เช่น Schizophrenia Catatonic Type

3. Manic depressive Psychosis ชนิด Manic Type

4. โรคอื่นที่ไม่พบพยาธิสภาพของสมอง (Functional Psychosis) เมื่อรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือโรคจิตเภทเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) ที่มีอาการจิตกำเริบขึ้นมาอีกทั้ง ๆ ที่ได้ยารักษาอาการอยู่ตลอดเวลา

5. โรคจิตที่เกิดจากความพิการทางสมอง (Organic Brain Syndrome Psychosis) ที่มีอาการวุ่นวายมาหลายวัน ร่างกายอยู่ในระยะขาดน้ำ ขาดอาหาร อ่อนเพลียมาก การใช้ E.C.T. จะช่วยให้อาการทางจิตสบายขึ้นโดยเร็ว ช่วยลดอัตราตายได้มาก

<u>ข้อห้ามใช้</u> (Contraindication)

แม้ว่าจะไม่มีข้อห้ามใช้อย่างเด็ดขาด แต่ไม่ควรทำ E.C.T. ในกรณีดังต่อไปนี้

1. เนื้องอกในสมอง (Brain Tumour) เนื่องจากโรคนี้จะทำให้ Intracranial pressure สูงขึ้น การทำ E.C.T. จะไปเพิ่ม Pressure ในบริเวณดังกล่าว อาจเป็นอันตรายถึงตายได้

2. เส้นเลือดของหัวใจอุดตัน (Coronory Thrombosis)

3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial disease)

4. โรคหัวใจวาย (Cardiac decompensation)

5. เส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจโป่งพอง (Anurysm ของ Large Aorta) เนื่องจากการทำ E.C.T. จะไปเพิ่ม Blood flow มีผลทำให้ Anurysm แตกได้ง่าย

<u>ปฏิกริยาของ E.C.T.</u>

เมื่อกระแสไฟฟ้าได้แล่นเข้าสู่สมองในส่วน Temperal Lobe กระแสจะผ่านสมองไปยังส่วน Diencephalon ทำให้เพิ่มการทำงานของระบบปลายประสาทของสมองส่วนกลาง และกระแสไฟฟ้ามีส่วนทำให้ต่อม Hypothalamus ปล่อยสารบางชนิดออกมา เช่น Serotonin ทำให้มีปริมาณเพิ่มขึ้น จึงทำให้อาการซึมเศร้าลดลง เชื่อว่าการทำ E.C.T. มีผลต่อชีวเคมีในสมองดังนี้

1. เซลสมองทำงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีระดับของ Serotoin เพิ่มขึ้น

2. มีสารต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากการทำงานของต่อม Hypothalamus ทำให้เปลี่ยนการทำงานของต่อมต่าง ๆ ในระบบประสาท

3. E.C.T. ทำให้มีผลต่อระบบหลอดเลือดของสมอง ทำให้มีสาร Choline และ Cholinesterase สูงในระดับเลือดที่ไปสู่สมอง

4. ทำให้คลื่นกระแสไฟฟ้าของหัวใจเปลี่ยนแปลง เพราะ

4.1 ระบบประสาททำงานมากเกินควร

4.2 การมีการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองตลอดเวลา

4.3 คลื่นหัวใจทำงานช้าลงก็เพราะโครงสร้างบางอย่างของสมองเปลี่ยนแปลงไป

<u>ข้อควรระวังเป็นพิเศษ</u>

โรคบางชนิดและในภาวะบางอย่างของร่างกายที่ทำ E.C.T. ได้ แต่ต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น ต้องมี Resuscitation Kit พร้อมที่จะช่วยหายใจ ช่วยการทำงานของหัวใจได้เมื่อต้องการ

1. โรคปอด (Lung diseases) โดยเฉพาะโรคปอดที่อาจเกิด Hyperventilation ได้ง่าย

2. โรคหลอดเลือด (Vuscular diseases) โดยเฉพาะทำให้เกิด Hypertension (ยกเว้น Psychosomatic Hypertension)

3. โรคกระดูก (Bone diseases) Unmodified E.C.T. ทำให้กระดูกร้าวหรือหักได้ง่าย

4. การตั้งครรภ์ Apnea หรือ Hypoxia ที่เกิดขณะทำ E.C.T. อาจมีผลทำให้เด็กในครรภ์ขาดออกซิเจนด้วย

5. คนสูงอายุ มีแนวโน้มที่เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของสมองอยู่แล้ว E.C.T. อาจจะไปทำลายสมองของคนในวัยนี้ทั้งทางตรงจากกระแสไฟ หรือจากที่สมองขาดออกซิเจนไปชั่วคราว

6. ในภาวะที่สมองมีพยาธิสภาพอยู่แล้ว (Organic Brain Syndrome) E.C.T. อาจไปทำให้พยาธิสภาพของสมองเพิ่มขึ้น

<u>ผลดีของ E.C.T.</u>

1. ทำให้อาการทางจิตลดลง
2. ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารมากขึ้น
3. ทำให้นอนหลับได้ดี
4. สามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี

<u>ผลเสีย</u> (Disadventage)

1. E.C.T. ส่วนใหญ่เป็น Symptomatic treatment หรือเพียงแต่ไประงับอาการทางจิตฉนั้นมีจำนวนไม่น้อยที่หลังทำ E.C.T. แล้ว อาการทางจิตจะกำเริบขึ้นมาอีก

2. ทำให้เสียความทรงจำ ทำความรำคาญให้กับผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด

3. วิธีการทำ E.C.T. ดูน่ากลัว ผู้ป่วยและญาติเห็นทำให้เกิดความกลัวมาก

4. ผลเสียและฤทธิ์ข้างเคียงของ E.C.T. ทำความไม่สบายใจให้กับผู้ป่วย

5. คำว่า shock ไฟฟ้าดูน่ากลัว ญาติผู้ป่วยมักจะนึกถึงสภาพคนถูกไฟฟ้าช็อค ญาติผู้ป่วยบางคนไม่ยอมให้ทำ E.C.T. ถึงกับนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปทันทีก็มี

<u>ผลแทรกซ้อนในการทำ E.C.T.</u> (Complication)

1. Fracture and dislocation กระดูกหักและข้อเคลื่อนโดยเฉพาะบริเวณกระดูกสันหลังถ้าใช้ Unmodified E.C.T. อาจพบได้ถึง 20 % และบริเวณขากรรไกร เกิด Lock jaw

2. Prolonged apnea หยุดหายใจนาน พบได้เฉพาะบางคน หรือจากการให้ยาให้หลับและ Muscle Relaxant มากเกินไป

3. Impairment of Memory สูญเสียความทรงจำมากและนานเกินไป มักจะพบในผู้สูงอายุ หรือมีความพิการของสมองอยู่แล้ว คนปกติการทำ E.C.T. จะไม่ทำให้สูญเสียความทรงจำอย่างถาวร อาจงุนงงมาก ลืมชื่อตัวเอง มักมีอาการอยู่ 2 - 3 สัปดาห์ และค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นปกติ และจะกลับคืนเหมือนเดิมภายใน 2 เดือน

4. สูดเอาสิ่งที่อาเจียนออกมาเข้าไปในปอด มักพบในผู้ป่วยที่งดอาหารไม่ถึง 4 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยรับประทานอาหารก่อนทำ E.C.T.

5. Post Convulsive excitation มีอาการวุ่นวายในระยะ Confused stage

6. Cardiac arrythmia หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ Anoxia จาก Prolong apnea, Prolong apnea เป็นผลโดยตรงจาก E.C.T. หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการฉีดยา Pentothal Sodiun เร็วเกินไปหรือมากเกินไปในรายทำ Modified E.C.T.

7. Laryngeal spasm กล้ามเนื้อรอบกล่องเสียงหดเกร็ง เป็นผลจาก Parasympathetic reflex หลังจากฉีด Pentothal Sodiun หรือจาก Irritation ของเสมหะที่อยู่บริเวณลำคอ

<u>อัตราการตาย</u> (Fatility rate)

พบต่ำกว่า 0.1 % ส่วนใหญ่พบได้จากผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว หรือผลแทรกซ้อนหลังทำ E.C.T.

<u>อาการแสดงของผู้ป่วยขณะทำ E.C.T.</u>

ก่อนอื่นต้องแน่ใจว่า Electrode ทั้ง 2 ตรึงแน่นกับศีรษะตรงบริเวณที่ต้องการ เมื่อกดปุ่มให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองเข้าไปใน Anterior end ของ Frontal lobe ไฟฟ้าจะกระจายไปทั่วเกิดการชักแบบเกร็งทั้งตัว (grandmal Seizure) โดยมีลักษณะการชักและระยะเวลาดังนี้

ระยะแรก (Unconsciouse stage) คนไข้จะหมดสติอยู่ราว 1 - 2 วินาที

ระยะสอง (Tonic stage) คนไข้จะชักเกร็งอยู่ราว 10 วินาที

ระยะสาม (Clonic stage) คนไข้จะชักกระตุกอยู่ราว 15 - 30 วินาที

ระยะสี่ (Sleep stage) คนไข้จะหลับไปประมาณ 5 นาที

ระยะห้า (Confused stage) คนไข้จะตื่นขึ้นมามีอาการงงอยู่ประมาณ 30 นาที

* ขณะผู้ป่วย Confuse จะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้สึกตัว และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจหกล้มเป็นอันตรายกับตนเองหรือก่ออันตรายให้กับผู้อื่นได้

* ตั้งแต่เริ่มหมดสติจนเริ่มระยะหลับผู้ป่วยจะหยุดหายใจ (Apnea) บางครั้งอาจจะหยุดหายใจต่อไปอีกนาน มีความจำเป็นต้องคอยช่วยเหลือโดยการผายปอดหรือให้ออกซิเจน จนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้ดีเป็นปกติ

* เมื่อผู้ป่วยหายใจเป็นปกติแล้ว ให้นอนตะแคง เพื่อป้องกันลิ้นตกไปอุดทางเดินหายใจหรือสำลักน้ำลายหรือเสมหะ เข้าไปในปอดหรือปลอดลม

* สำหรับ Modified E.C.T. จะไม่พบอาการชักกระตุกอย่างรุนแรงดังกล่าวข้างต้น แต่อาจจะสังเกตได้จากการกระตุกของหัวแม่เท้า ปลายเท้า และนิ้วเท้าเท่านั้น

<u>ผลข้างเคียงหลังทำ E.C.T.</u>

1. ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ในระยะ 2 - 3 วัน หรือเป็นสัปดาห์

2. คลื่นไส้อาเจียน

ยาแก้ปวดสามารถลดอาการปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายได้ ถ้ามีการคลื่นไส้อาเจียน ควรให้ Dramamine 50 mg. หรือ Compazine 5 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 30 นาทีก่อนทำ E.C.T. ครั้งต่อไป

<u>จำนวนครั้งที่ใช้</u> (Frequency)

1. ผู้ป่วย schizophrenia จะใช้ E.C.T. มากครั้งกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น ๆ คือประมาณ 8 - 16 ครั้ง

2. Depression ที่ไม่ใช่ sehizophrenia ใช้ 5 - 10 ครั้ง

3. ผู้ป่วยที่เคยทำ E.C.T. มาแล้ว ต้องเพิ่มจำนวนครั้งขึ้น กว่าที่ใช้ในครั้งก่อน

4. บางแห่งนิยมใช้จำนวนครั้งของ E.C.T. ด้วยการสังเกตดูอาการที่เริ่มดีขึ้น หลังทำ E.C.T. ครั้งที่เท่าใด แล้วทำต่อไปอีกเท่ากับจำนวนครั้งที่ทำมาแล้ว

5. ปกติจะทำ E.C.T. วันเว้นวันหรือ 3 ครั้งในสัปดาห์แรก ลดลงเป็น 2 ครั้งในสัปดาห์ต่อไป

6. ในกรณีที่ผู้ป่วยวุ่นวายมาก อาจต้องทำ E.C.T. 2 ครั้ง เช้า-เย็น ในวันแรก

7. การใช้ E.C.T. เป็นเพียง Initial Treatment คือทำเพียง 3 - 4 ครั้ง หรือ 7 - 10 วันแรก สำหรับผู้ป่วย depression ที่ได้ให้ยา Antidepressant ทั้งนี้เพราะยากว่าจะออกฤทธิ์ต้องใช้เวลา 4 - 21 วัน

8. บางครั้งการทำ E.C.T. เพื่อเป็น Maintenance Therapy เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ ใช้รักษาโรค Chronic schizophrenia ที่ดื้อต่อยา ทำทุก 1 - 2 สัปดาห์ และใช้จำนวนครั้งที่ทำทั้งสิ้นไม่เกิน 25 ครั้ง

<u>การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ E.C.T. สำหรับแพทย์</u>

1. ตรวจร่างกาย
2. x - ray ปอด, กระดูกสันหลัง
3. ส่งทันตแพทย์ตรวจฟัน
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ
5. ตรวจหัวใจโดย E.K.G. ถ้าเป็นไปได้

<u>การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ E.C.T. โดยทั่วไปสำหรับพยาบาล</u>

1. ให้ญาติเซ็นใบยินยอม

2. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทางตรงหรือทางอ้อม ควรหลีกเลี่ยงพูดคำว่า "ไปทำช็อค" และควรจะพูดว่า ไปรักษาด้วยไฟฟ้า

3. ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนทำ ใส่เสื้อผ้าหลาม ๆ ถอดฟันปลอม เครื่องประดับ

4. ถ้าทำแบบ Modified E.C.T. ต้องงดอาหารเช้า และฉีด Atropine ก่อนทำ 30 นาที

5. ตรวจ Vital, sign ถ้ามีอะไรผิดปกติให้รายงานแพทย์ เพราะอาจจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้

<u>การเตรียมห้องและของใช้ในการทำ E.C.T.</u>

1. ห้องต้องสะอาดเรียบร้อย
2. เตียงเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งประกอบด้วย ผ้ายาง ผ้าขนหนู ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย
3. เครื่องให้ออกซิเจน เตรียมให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันท่วงที
4. เครื่อง Suction สำรวจปลั๊กไฟให้เรียบร้อย
5. ฉากกั้นผู้ป่วย
6. เครื่องทำ E.C.T. ตรวจดูปลั๊กไฟ สายไฟ หม้อแปลงให้เรียบร้อย
7. หมอนทราย
8. Tray ใส่เครื่องใช้เช่น ไม้กดลิ้น Rubber airway, Jelly เครื่องโกนหนวด (สำหรับโกนผมที่ศีรษะเมื่อจำเป็น) Tourniquet Syringe และเข็มฉีดยา
9. เตรียมกระดาษ หรือผ้าไว้สำหรับเช็ดหน้าหรือน้ำลายผู้ป่วย
10. เตรียมยาซึ่งได้แก่
    - Sedative
    - Sodium Amytal
    - Sodium Nembulal
    - Sodium Pentothal
    - Musele Relaxant เช่น Anectine, scoline

และยาที่ใช้ฉุกเฉินเช่น Coramine, Sodium Benzoate, Aminophylin หรืออย่างใดอย่างหนึ่งตามแพทย์สั่ง

<u>การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำการรักษามาด้วย E.C.T. แบ่งเป็น 3 ระยะ</u>

1. การพยาบาลก่อนทำ E.C.T.
2. การพยาบาลขณะทำ E.C.T.
3. การพยาบาลหลังทำ E.C.T.

<u>การพยาบาลก่อนทำ E.C.T.</u>

1. ก่อนทำการรักษาต้องให้ญาติ เช่น ใบยินยอมก่อนเพื่อสะดวกในการรักษา
2. เตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการรักษาแบบ E.C.T.

แจ้ง วัน เวลาให้ผู้ป่วยทราบก่อน หากผู้ป่วยไม่ยินยอมควรรายงานให้แพทย์ทราบ

3. เตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย ดูแลความสะอาดทั่วไป งดอาหารและน้ำทางปากอย่างน้อย 4 ชั่วโมง Check vital signs นำสิ่งที่เป็นสื่อไฟฟ้าออกจากร่างกายให้หมด ร่างกายต้องไม่เปียกชื้น ฟันปลอมถอดออก ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนทำ

4. เตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจให้พร้อม ในกรณีรีบด่วน ต้องอยู่ในสถานที่ใช้ได้ทันท่วงที

5. ในรายที่ผู้ป่วยกลัวการรักษาด้วย E.C.T. มาก แพทย์ผู้รักษาอาจให้ยานอนหลับพวก Amytal Sodium gr 7 1/2 ฉีดเข้ากล้าม หรือ Pentothal

<u>การพยาบาลขณะทำ E.C.T.</u>

1. เมื่อผู้ป่วยถึงห้องที่ทำการรักษา จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียงพื้นเรียบที่นอนแข็งพอสมควร (ไม่ใช้เตียงสปริง) ใช้หมอนทรายรองตรงส่วนโค้งของกระดูก เช่น ต้นคอ เอว ใต้ขาพับ แขนทั้งสองข้างวางราบไปตามลำตัว

2. ผู้ป่วยนอนแหงนหน้าเล็กน้อย ให้อ้าปาก ใส่ไม้กดลิ้นระหว่างฟันกราม และพันหน้าตรวจดูลิ้นไม่ให้อยู่ระหว่างฟัน ป้องกันไม่ให้กัดลิ้นเวลากระตุก

3. ใช้ผ้า gauze ชุบน้ำเกลือหรือ jelly ทาไว้ที่ขมับทั้ง 2 ข้างวาง Electrode ใส่ขมับทั้ง 2 ข้าง การทา Jelly ป้องกันการไหม้พอง และไม่ต้องการให้กระแสไฟฟ้าพุ่งเข้าสู่ผู้ป่วยมากเกินไป หลังจากนั้นพันศีรษะผู้ป่วยโดยสายรัดยาง

4. จับคางผู้ป่วยให้หงายขึ้น และยึดไว้ให้มั่นคง ป้องกันการค้างของขากรรไกร ขณะชักและประคองคอไว้ป้องกันการเคลื่อนของกระดูกคอ

5. มีผู้ช่วยอย่างน้อย 2 คน คอยจับที่ไหล่ทั้ง 2 ข้าง และจับสะโพก ไม่ให้กระตุกมากเกินไปเวลาชัก แต่ไม่กดแน่นเพราะจะยิ่งทำให้กระดูกหัก

6. แพทย์จะกดปุ่มไฟฟ้าที่เครื่อง E.C.T. ผู้ป่วยจะหมดความรู้สึกเกร็งและกระตุก

7. เมื่อผู้ป่วยสงบลง ควรเอาหมอนทรายที่หนุนตามส่วนต่าง ๆ ออก ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าเพื่อให้น้ำลายหรือเสมหะออกให้หมด ไม้กดลิ้นทิ้งไว้จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว หลังจากนั้นให้นอนราบ

<u>การพยาบาลหลังทำ E.C.T.</u>

1. สังเกตอาการใกล้ชิด ระวังการขาดออกซิเจน และการหยุดหายใจ

2. จัดท่านอนหงายราบ เอียงศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งให้การพยาบาลเหมือนผู้ป่วย Unconscious

3. วัด Vital signs เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะมีระยะสม่ำเสมอ

4. ทำความสะอาดผู้ป่วย เช่น เช็ดเหงื่อ น้ำลาย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดหน้าจะทำให้ผู้ป่วยสบายและลดอาการปวดศีรษะ

5. เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ถ้าเปียกชื้นจากเหงื่อหรือปัสสาวะ

6. ถ้าผู้ป่วยปวดศีรษะหรือปวดกล้ามเนื้อ ควรให้นอนพักผ่อนให้ยาแก้ปวดในรายที่จำเป็น

7. ถ้าผู้ป่วยอาการดีแล้ว ให้รับประทานอาหาร ยา และปฏิบัติกิจวัตรตามปกติ

8. บันทึกอาการต่าง ๆ ขณะทำการรักษาว่ามีอาการผิดปกติอะไรบ้างไว้ในรายงาน เช่น

- Convulsion threshold ต่อกระแสไฟฟ้าเท่าไหร่
- Muscle Contraction เป็นอย่างไร
- Prolonged apnea หรือไม่

9. พยาบาลที่ประจำตึกผู้ป่วย จะต้องสังเกตอาการเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยที่ทำ E.C.T. แล้วมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เพียงพอ

บรรณานุกรม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชพื้นฐาน. นนทบุรี : วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา, 2527.

รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลจิตเวช. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2528.

วรนุช สราญรมย์. คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช. สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2528.

สุพรีมโพรดักส์ จำกัด. คู่มือการใช้งานเครื่องช็อคไฟฟ้ารุ่น Ectonustim Series 5 กรุงเทพ: ม.ป.ท., 2532.

สุวัทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.

Anderson, C.L. SEDAC as a replacement of for electroconvulsive therapy. Dis. of the Nerve System 1969 ; 30 : 814 - 817.

Tolbot Kathleen. ECT : Exploring myths, examining attitude. Journal of Psychosocial 1986 ; 23.

.....

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

รุจิรา เวทย์วีระพงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยปกติแล้วจะพบได้ในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยที่ถูกนำส่งอย่างฉุกเฉินได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น ในทางการพยาบาลจิตเวชก็มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที เช่นกันโดยมีวัตถุประสงค์แตกต่างจากการดูแลรักษาผู้ป่วยทางกาย คือ นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตราย และทรัพย์สินไม่เสียหายแล้วยังช่วยบุคคลอื่นให้พ้นจากอันตรายด้วย

<u>การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน</u> (Psychiatric Emergency Nursing)

หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวชเกือบทุกอย่างที่มีอาการรุนแรง หรือมีลักษณะซึ่งเสี่ยงต่อการจะก่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

<u>การประเมินความเร่งด่วน</u>

พยาบาลจะต้องพบผู้ป่วยก่อนแพทย์ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประเมินความเร่งด่วนของการที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษาโดยแพทย์โดยการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน
2. ผู้ป่วยตะโกนเสียงดัง กวนโทสะบุคคลอื่น
3. ญาติและผู้อื่นมีท่าทีตื่นกลัว พฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว เช่น อาจจะนั่งเงียบเฉย หรือตะโกน และมีท่าทางอ่อนเพลียมาก
5. ผู้ป่วยขาดการควบคุมตัวเองอย่างเห็นได้ชัด
6. ผู้ป่วยไม่ตอบคำถามและพยายามจะออกไปจากห้องปฏิบัติการพยาบาล หรือโรงพยาบาล
7. มีสิ่งแสดง (sign) ว่ามีการฟกช้ำ เจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน สัญญาณชีพผิดปกติ และร่วมด้วยการมีพฤติกรรมแปลก ๆ

ถ้าพยาบาลพบพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังกล่าวข้างต้น จะต้องบริหารจัดการดังนี้

1. จัดคนดูแลใกล้ชิด หรือผูกมัด (Restrained) ถ้าจำเป็น
2. รายงานแพทย์ทันทีอาจจำเป็นต้องฉีดยาให้ผู้ป่วยสงบ
3. ผู้ป่วยอาจต้องอยู่โรงพยาบาล หรือจัดส่งโรงพยาบาลอื่น ต้องเตรียมการต่าง ๆ ตามระเบียบ
4. สอบถามหาผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมาเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม

5. วัดสัญญาณชีพ (Vital signs) ทั้งก่อนและหลังจากได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้

<u>การตรวจสภาพจิตที่พยาบาลควรทราบในภาวะจิตเวชฉุกเฉิน</u>

พยาบาลควรทราบสภาพทางจิตของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีสิ่งที่จะต้องสังเกต 6 หัวข้อ คือ

1. พฤติกรรมและสิ่งที่ปรากฏให้เห็น (Behavior and appearance)
2. การรู้จักเวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)
3. อารมณ์ (affect)
4. กระบวนความคิดและเนื้อหา (Thought process and content)
5. การรับรู้ (Perception)
6. หน้าที่ความรู้ความเข้าใจในระดับสูง (Higher cognitive function)

1. <u>พฤติกรรมและสิ่งที่ปรากฏให้เห็น</u>

พยาบาลควรสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลอื่น สังเกตสิ่งที่ปรากฏให้เห็นโดยทั่วไปเช่น สภาพร่างกาย การแต่งกาย การทรงตัว ภาวะความรู้สึกตัว ปฏิกิริยาที่มีต่อพยาบาล ความร่วมมือ ความตั้งใจที่จะตอบคำถาม และเรื่องราวของตัวเอง การตื่นตัว (Alert) ลักษณะการพูดลื่นไหลหรือไม่ ผู้ป่วยมีเพื่อนมาด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยรอคอยการตรวจหรือไม่ ควบคุมตนเองได้มากน้อยเพียงใด

2. <u>การรู้เวลา สถานที่ บุคคล</u>

ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร ชื่ออะไร ปีนี้ปีอะไร เดือนอะไร วันที่เท่าไร โดยถามว่ามาโรงพยาบาลได้อย่างไร รู้มั้ยว่าอยู่โรงพยาบาล รู้ว่าคนแต่งชุดขาวมีหมวกเป็นพยาบาลหรือไม่ พยาบาลให้ผู้ป่วยตอบคำถาม คำตอบผิดพลาดเล็กน้อยอาจเกิดจากความเศร้า ความวิตก กังวล ความเจ็บปวด คำตอบที่ไม่ตรงและสับสน อาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต

3. <u>อารมณ์</u>

อารมณ์เศร้า วิตกกังวล ไกรอ กลัว เสียใจ ครื้นเครง ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เฉยเมย มักจะแยกตัวหรือเศร้า หรืออยากตาย พยาบาลควรสอบถามผู้ป่วยว่าอารมณ์หรือความรู้สึกที่พยาบาลสังเกตเห็นนั้นเกิดขึ้นเมื่อไร เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลแม่นตรงยิ่งขึ้น เมื่อพยาบาลประเมินผลลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ครื้นเครงมาก ควรขอให้ผู้ป่วยอธิบายลักษณะอารมณ์ของเขาด้วย แต่ผู้ป่วยอาจจะบอกลักษณะอารมณ์ของเขาไม่ตรงกับพฤติกรรมที่แสดงออกอยู่ขณะนั้นก็ได้เช่น ผู้ป่วยครื้นเครงมาก มีกิจกรรมมาก เขาอาจจะบอกว่าเขาปกติดีก็ได้

4. **กระบวนความคิดและเนื้อหา**

กระบวนความคิดและเนื้อหา ความคิดของผู้ป่วยดูได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีความคิดที่แตกแยก สร้างคำขึ้นมาใหม่ มีความคิดกระเจิดกระเจิง เนื้อหาของความคิดอาจจะพบมีหลงผิด หวาดระแวง รู้สึกผิด ย้ำคิดและกลัว อย่างไม่มีเหตุผล

5. **การรับรู้**

อาจรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง มีประสาทหลอน ทางหู ตา จมูก ผิวกายแปลภาพผิด การรับรู้จะทราบได้จากพฤติกรรมและการสอบถามผู้ป่วย

6. **หน้าที่ความรู้ความเข้าใจระดับสูง**

ให้ตรวจสอบความจำดูว่า ผู้ป่วยความจำเสื่อมบ้างหรือไม่ (Impair of Memory) ความจำปัจจุบันหรือความจำในอดีตเสื่อม พูดจาเป็นคนไม้ หรือแต่งเรื่องขึ้นใหม่ (Confabulation) เพื่อปกปิดความเศร้าใจของตนเองหรือไม่ นอกจากนี้อาจมีการตัดสินใจผิด ความคิดทางนามธรรมคิดไม่ได้และให้สังเกตการมองดูสิ่งรอบตัว ของผู้ป่วยว่าดูอย่างรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว

ปัญหาทางจิตที่จัดว่าจะต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินมีดังนี้

1. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย
2. ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เช่น Sedative , Opiate, Amphetamine, Bromidr และอื่น ๆ
3. ผู้ป่วยที่ติดสุรา ทำให้เกิดโรค
   - Alcoholic Intoxication
   - Alcohol withdrawal Syndrome
   - Delirivm Tremens
4. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Violent Patient)
5. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล (The Anxious patient)

1. **การฆ่าตัวตาย**

บุคคลที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีความพยายามที่จะทำลายตนเองนั้นมาด้วย 3 ลักษณะคือ

1.1 มีความคิดต้องการฆ่าตัวตาย

1.2 มีท่าทีพฤติกรรมเพื่อฆ่าตัวตาย ซึ่งพบมากที่สุดในผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจริงในการฆ่าตัวตาย แต่เป็นการกระทำเพื่อเป็นการเรียกร้องความสนใจ

1.3 ผู้ป่วยที่ตั้งใจจริงในการฆ่าตัวตาย

ความหมายของการฆ่าตัวตาย คือ

การเริ่มมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง เนื่องจากความรู้สึกว่าหมดหวังในชีวิตคิดว่าชีวิตไม่มีความหมาย และพยายามทำตามความคิดนั้น จนถึงขั้นทำได้สำเร็จ โดยไม่ถูกขัดขวางพฤติกรรมที่แสดงออกนี้มีทั้งวางแผนไว้ล่วงหน้า หรือเป็นแบบทันที และเป็นไปได้ทั้งในระบบจิตสำนึก และจิตใต้สำนึก

ลักษณะของบุคคลที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

1. ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์เศร้า โรคบุคลิกภาพแปรปรวนที่มีอาการวู่วามชั่วแล่น ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนขู่จะทำร้าย เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่มีอาการเศร้ารุนแรง

3. ผู้ป่วยที่พยายามหรือมีความคิดจะฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง จะมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด เช่นการใช้ปืนยิงตัวเอง แขวนคอ เป็นต้น

4. ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จะมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยลงมือกระทำ

5. ผู้เป็นโสดมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด รองลงมาได้แก่ หม้าย หย่าแต่งงานแล้วแต่ไม่มีบุตร

6. การงานและอาชีพ พบว่าผู้ที่ตกงาน หรือทำงานใช้แรงงาน จะมีอัตราฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ

7. อายุ พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จพบในคนหนุ่มสาว หรือผู้ใหญ่ระยะแรก

8. ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยที่มีญาติสนิทในครอบครัวฆ่าตัวตาย จะทำให้ผู้นั้นมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

9. การแสดงเจตนาว่าจะฆ่าตัวตาย ด้วยคำพูด หรือเขียนจดหมายสั่งลา หรือเตรียมอุปกรณ์เพื่อจะฆ่าตัวตาย

10. ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดทรมานจากการเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

การให้การช่วยเหลือ

1. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตดูแลอาการอย่างระมัดระวัง เพราะอาการอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะได้ช่วยเหลือได้ทันท่วงที

2. ให้ผู้ป่วยได้พูด และแสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ความรู้สึกว้าเหว่ ถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกโกรธ โดยพยาบาลรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เข้าใจผู้ป่วย

3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามสมควร ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ไม่ตำหนิ เพราะจะทำให้

ผู้ป่วยเสียใจมากขึ้น

4. ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย โดยเก็บอาวุธของมีคม เชือก ผ้า ออกให้หมด

5. ไม่ควรให้ยาแก่ผู้ป่วยไว้รับประทานมากเกินไป

6. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาหรือเรียนรู้กลไกการต่อสู้อุปสรรคแบบใหม่

7. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รู้จักเข้าใจ และยอมรับความรู้สึกที่เป็นผลให้เกิดพฤติกรรมทำลายตนเอง

8. ให้การพยาบาลต่อปัญหาเฉพาะอย่างของผู้ป่วย เช่น ความโกรธ การสูญเสีย

9. ไม่ควรคิดว่าคนที่พูดว่าอยากจะฆ่าตัวตายมักไม่ทำจริงหรือการฆ่าตัวตาย ซึ่งดูเหมือนแบบประท้วงไม่มีความสำคัญ หรือเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องของจิตแพทย์ฉันไม่สนใจ

10. ไม่ควรรีรอที่จะพูดถึงเรื่อง การฆ่าตัวตายกับผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเขาอาจมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง

11. ระวังผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นทันทีทันใด เพราะเขาอาจรู้สึกว่าตนเองควรจะตายดีกว่าอยู่

2. **<u>ผู้ป่วยได้ยาเกินขนาด</u>** **(Drng Overdose)**

อาการผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล และตรวจพบได้คือ

1. หมดสติ

2. ชีพจรและการหายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลงจนถึงอาจหยุดหายใจ

3. รูม่านตาหดตัว แต่บางรายอาจขยายใหญ่ขึ้นได้ จากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง

4. พบรอยเข็มตามมือ แขน จากการใช้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ อาจพบอาการของ pulmonary edema ได้

<u>การให้การช่วยเหลือผู้ป่วย</u>

1. ให้การช่วยเหลือทางฝ่ายกาย

1.1 ดูแลเรื่องการหายใจ girway, respiratory

1.2 ทำ gastric lavage ในราย over dose จากยาหรือสารอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องทำการล้างท้อง

1.3 ในรายที่มีบาดแผล บาดเจ็บทางกาย ต้องจัดการช่วยเหลือไปก่อน โดยดูตาม breathing, bleeding, brain ตามลำดับปัญหา

1.4 maintenance Blood pressure with fluid electrolyte

1.5 อาจให้ 50 % glosacoae

2. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2.2 เก็บของมีคม ยา หรือของใช้บางอย่างซึ่งอาจเป็นอุปกรณ์ทำร้ายตนเอง

2.3 ไม่ควรให้ยาผู้ป่วยไว้รับประทานเป็นจำนวนมาก ๆ

2.4 กระตุ้นให้ร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีค่า

2.5 นำผู้ป่วยร่วมเข้ากลุ่มจิตบำบัด

2.6 ศึกษาปัญหา และสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น ปัญหาสมรส ปัญหาครอบครัว

3. <u>โรคติดสุรา</u>

การติดสุรา คือ สภาวะทางจิตใจซึ่งมักจะร่วมกับร่างกาย อันเป็นผลมาจากการดื่มสุรา โดยแสดงลักษณะทางพฤติกรรมหรือการตอบสนองบางอย่าง ได้แก่ การอยากดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หรือในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้จิตใจสบาย และบางทีก็เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายกายจากการไม่ได้ดื่มด้วย อาจมีการเพิ่มจำนวนสุราที่ดื่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่เพิ่มก็ได้

<u>ลักษณะของผู้ป่วยที่ติดสุรา</u>

1. Alcohol Intoxication

เกิดจากการดื่มสุรามากเกินไป ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท สภาพจิตรวมทั้งพฤติกรรม ระยะเวลาที่เกิดอาการขึ้นกับปริมาณสุราที่ดื่มเข้าไป การดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด อัตราการทำลายและความไวของเซลล์สมองต่ออัลกอฮอล์ ส่วนความรุนแรงขึ้นกับระดับอัลกอฮอล์ในกระแสโลหิต โดยทั่วไปประมาณระดับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์จะเกิดอาการ intoxication ถ้าระดับ 400 - 500 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ มักจะหมดสติ และถ้าถึง600 - 800 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์จะเสียชีวิตได้เนื่องจากเกิด respiratory paralysis

<u>การรักษาพยาบาล</u>

1. ผู้ป่วยไม่ถึงขั้นหมดสติ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตคงที่ ให้นอนพักจนกว่าจะสร่างเมา

2. ถ้ามีพฤติกรรมเอะอะโวยวาย ซึ่งมีอาการรุนแรงมาก ให้ยา Haloperidol 5 มิลลิกรัม เข้ากล้าม (ตามการรักษาของแพทย์) และอาจให้กลูโคส เข้าหลอดเลือดดำด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมด้วย

3. ถ้าผู้ป่วยหมดสติต้อง ประเมิน vitalsign ถ้าผิดปกติต้องให้ความช่วยเหลือก่อน ให้กลูโคสเข้าหลอดเลือดดำ และประเมินดูว่ามีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เป็นผลจากการเมาร่วมด้วยหรือไม่ เช่น Subdural hematoma fractures, pneumonia, meningitis, hepatic failure GI bleeding เป็นต้น

2. Alcohol withdrawal syndrome

พบว่าผู้ป่วยที่ติดสุรา เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงกว่าที่เคยดื่มประจำ จะมีอาการขาดสุรา โดยมีอาการสั่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อารมณ์วิตกกังวล เศร้าหรือหงุดหงิด หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น นอนไม่หลับ ชัก อาการเป็นอยู่นานประมาณ 5 - 7 วัน หรืออาจนานกว่านี้ก็ได้ในบางคน ถ้ามีอาการอยู่นานควรดูว่ามีสาเหตุอื่นทางกายหรือทางจิตใจร่วมด้วยหรือไม่

การรักษาพยาบาล

1. ให้ยา minor transquilizer (antianxiety drug) ขนาดยาขึ้นอยู่กับอาการความรุนแรง ระยะเวลาแล้วแต่อาการ ควรให้ Vitamine โดยเฉพาะ Vitamine B_1 ร่วมด้วย (ตามการรักษาของแพทย์)
2. ดูแลเรื่องอาการและน้ำให้เพียงพอ
3. ให้หยุดดื่มตลอดไป แต่เป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้
4. จิตบำบัด
5. พฤติกรรมบำบัด

3. Alcohol withdrawal delirium (Delirium tremens)

มีอาการรุนแรงมากกว่า alcohol withdrawal sprdrom, พบประมาณ 5 % ของผู้ป่วยติดสุราที่หยุดดื่ม มักเกิดอาการภายในสัปดาห์แรกที่หยุดดื่มสุรา อาการรุนแรงภายใน 2 - 3 วันแรก และจะดีขึ้นภายใน 5 - 7 วัน

ระยะแรกอาการเหมือน Alcohol withdrawal syndrome แต่ผู้ป่วยจะมีลักษณะมึนงงสับสน นอนไม่หลับ เห็นภาพหลอน เอะอะวุ่นวาย พูดเพ้อเจ้อ มีการสูญเสียความจำในช่วงที่มีอาการนี้ มักจะมีมือสั่นมาก และมีไข้ร่วมด้วย

การรักษาพยาบาล

1. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. ป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากอาการกล้วอย่างรุนแรง จากการเห็นภาพหลอนที่น่ากลัว ผู้ป่วยอาจวิ่งหนี ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น
3. ดูแลให้ได้อาหาร, น้ำ และอีเล็คโทรไลต์ ให้เพียงพอ
4. ให้ multi - vitamine, vitamin B compolex, B_1 เพื่อช่วย brain metabolism และป้องกัน Wernicke korsakoff Syndrom
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง

4. ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Violent patient)

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้อื่น อาจทำร้ายผู้อื่น หรือตนเองได้เมื่อมีผู้พามารับการรักษา หรือได้รับการรักษาอยู่แล้วมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวขึ้นมาอีกได้

<u>พฤติกรรมรุนแรงที่แสดงให้เห็น</u>

1. posture ท่านั่งของผู้ป่วยขณะคุยด้วย หากนั่งเกร็ง ในท่าที่พร้อมที่จะลุกขึ้น กำมือแน่น หรือใกล้ขอบเก้าอี้ ไม่ยอมพิง มือก่ายที่ท้าวแขนแน่น ไม่ผ่อนคลาย เป็นลักษณะที่เตรียมพร้อมจะมีพฤติกรรมรุนแรงได้

2. Speech ลักษณะน้ำเสียงและคำพูด มีลักษณะเสียงดัง เสียงแข็งกร้าว

3. Motor activity มีลักษณะกระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่เดินงุ่นง่านไปมา

4. Startle response ท่าทางตื่นตระหนก ตกใจง่ายต่อสิ่งที่อยู่รอบข้าง

<u>การรักษาพยาบาล</u>

1. วิธีการเข้าหาผู้ป่วย จำเป็นต้องระมัดระวังตนเอง เนื่องจากบุคคลนั้นอาจจะไม่สามารถควบคุมตนเอง หรือยับยั้งตนเองในการทำร้ายคนอื่นได้ และบริเวณที่พูดคุยจะต้องไม่อยู่ลำพังจนไม่มีผู้คนเห็นควรคุยในที่โจ่งแจ้ง ขณะพูดคุยควรให้มีระยะห่างเกินความยาวของช่วงแขน

2. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสังเกตว่ามีอาวุธใกล้มือ พอที่จะยิบฉวยได้หรือไม่ ควรเก็บให้เรียบร้อย

3. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร จริงใจ ไม่ประสงค์ร้ายต่อผู้ป่วย ขณะเดียวกันต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยเพราะ ขณะพูดคุยอาจกระตุ้นอารมณ์โกรธของผู้ป่วยได้

4. ในรายที่มีพฤติกรรมรุนแรงมาก และไม่สงบ อาจต้องมีการใช้วิธีการอื่นช่วย เช่น การผูกมัดการใช้ยา (ตามการรักษาของแพทย์)

5. วัด Vital Sign ทุก 2 ชั่วโมงหลังให้ยา

5. ผู้ป่วยวิตกกังวล

ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอย่างมาก จนถึงต้องมาพบแพทย์ เพื่อทำการรักษานั้นส่วนมากพบว่า เป็นลักษณะแบบ Acute anxiety attack ; panic attack ซึ่งผู้ป่วยอาจมาพบด้วยอาการ Hyperventilation Syndroms หรือ อาการหวาดหวั่นวิตกกังวลอย่างมาก

ผู้ป่วยที่มีอาการระบบ Hyperventilation attack คือมีอาการหายใจหอบเร็ว อาจเป็นมากอาจทำให้มีอาการมือเท้าชา เกร็งได้ ซึ่งเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสารแคลเซี่ยมในเลือด และภาวะ respiratory alkalosis ขึ้น

การรักษาพยาบาล

1. ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลมาก แพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นจนสามารถทนต่อสภาวะแวดล้อมได้

2. ให้ผู้ป่วยหายใจในถุงพลาสติกหลาย ๆ นาที ในรายที่มีอาการหายใจหอบ เร็ว ในรายที่มีอาการไม่มากอาจพูดคุยแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง หายใจลึก หรือกลั้นหายใจชั่วครู่ อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น

3. ซักถามพูดคุย ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดหายใจหอบเร็ว, อธิบายให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงวิธีควบคุมอาการ เมื่อมีเหตุการณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก จนทำให้หายใจเร็วขึ้น

4. หาสาเหตุความขัดแย้ง และแก้ไขตามสาเหตุ

5. การทำจิตบำบัด

สรุป

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน จะช่วยลดอันตราย อันอาจจะเกิดขึ้น กับบุคคล และทรัพย์สิน เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องเข้าใจการช่วยเหลือบุคคลในสภาวะต่าง ๆ ที่มีปัญหาทางจิต เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด, ผู้ป่วยติดสุรา ฯลฯ ถ้าพยาบาลมีส่วนได้ช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในสภาวะดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ประเทศชาติ ไม่สูญเสียทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจอีกด้วย

บรรณานุกรม

จินตนา ยูนิพันธ์. การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

ฉวีวรรณ สูตะบุตร. การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2531; 2: 1 - 7.

สุพิน พิมพ์เสน. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2530.

สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

.....